

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bc. Tereza Kratochvílová

Diplomová práce

Mapování potřeb duševně nemocných za pomoci dotazníku

CAN - C

Describing of needs of mental patients

by CAN – C Test

Praha 2010

vedoucí práce: PhDr. Vendula Junková

Autor práce: Bc. Tereza Kratochvílová

Vedoucí práce: PhDr. Vendula Junková

Bibliografický záznam

KRATOCHVÍLOVÁ, Tereza. *Mapování potřeb duševně nemocných za pomoci dotazníku CAN – C*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Karlova Univerzita. Filozofická fakulta. Katedra psychologie, 2010. 92 str. Vedoucí diplomové práce PhDr. Vendula Junková.

Anotace

V této práci jsme se pokusili zmapovat potřeby duševně nemocných s diagnózou psychotického onemocnění, převážně schizofrenie. K tomuto účelu jsme vybrali dotazník CAN – C / Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb /, který byl vyvinut v londýnském Psychiatrickém institutu při King's College. CAN mapuje zdravotní a sociální potřeby závažně duševně nemocných a upozorňuje tak na oblasti, ve kterých může péče nebo terapie zásadně pomoci.

Výzkum probíhal 6 měsíců na psychiatrickém oddělení litoměřické nemocnice a vyšetřeno bylo celkem 40 pacientů. Stejnou metodou byl také zmapován pohled ošetřujícího personálu na potřeby těchto 40 pacientů. Celkově jsme tedy srovnávali to, jak hodnotí své potřeby duševně nemocní na rozdíl od hodnocení profesionálních pracovníků.

Výzkum prokázal vysokou shodu mezi oběma skupinami hodnotitelů a potvrdil naši hypotézu o nutnosti psychologické a psychoterapeutické pomoci, zejména u těchto pacientů.

Annotation

In this dissertation we deal with needs of mental patients with psychotic disorder diagnose especially schizophrenia. Because of this we have chosen the CAN – C Test / Camberwell Assessment of Need / which was developed by King's College London – Institute of Psychiatry. The CAN Test describes medical and social needs of mental patients and gives a notice about sphere in which the care or therapy can help.

The six months research has been in progress in the psychiatric department of Litoměřice hospital and 40 patients have been examined. The attending physician's view has been described in the same way. Generally we have compared the way how patients feel their needs and the way of attending physicians.

Research proved high correlation between these two groups and it confirmed our hypothesis about the necessity of psychological and psychotherapeutic help especially for these patients.

Klíčová slova

Psychoterapie, duševní onemocnění, pacient, potřeby, popis, péče, diagnóza, schizofrenie, pomoc.

Keywords

Psychotherapy, psychotic disorder, patient, needs, describe, care, diagnosis, schizophrenia, help.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením PhDr. Venduly Junkové a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Litoměřicích dne 15.12.2009

Tereza Kratochvílová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat personálu litoměřického psychiatrického oddělení, že mi vyšli vstříc a umožnili mi provést výzkumnou část mé diplomové práce.

Dále mé poděkování patří PhDr. Vendule Junkové za odbornou pomoc a vstřícnost a dalším, kteří mi poskytli potřebné konzultace. Nakonec děkuji Bc. Michalu Kratochvílovi za pomoc při zpracování dat ve výzkumné části.

Obsah:

Obsah	7
Úvod	9
1. Úvod a motivace k tématu	9
Teoretická část	11
2. Diagnóza schizofrenie a její historie	11
3. Schizofrenie v dětství, adolescenci a dospělosti	15
3.1. Schizofrenie v dětství	15
3.2. Schizofrenie v adolescenci a dospělém věku	18
4. Modely vzniku schizofrenie	20
4.1. Genetický model	20
4.2. Model intrauterinně načasované chyby	21
4.3. Neurotransmitterový model a morfologické změny	21
4.4. Neurovývojový model	21
5. Rodina	23
5.1. Rodiny schizofreniků	23
6. Diagnostika a léčba schizofrenie	28
6.1. Psychologická diagnostika schizofrenie	28
6.2. Farmakoterapie	29
6.3. Elektrokonvulzivní terapie	30
6.4. Transkraniální magnetická stimulace	31
6.5. Psychoterapie	31
7. Camberwellský dotazník mapování potřeb	40
7.1. Co je to potřeba	40
7.2. Potřeba a její vydefinování pro dotazník CAN – C	41
7.3. Popis dotazníkových metod používaných pro hodnocení potřeb duševně nemocných	42
Výzkumná část	45
1. Šetření metodou CAN – C	45
1.1. Zkušenosti s použitím metody CAN – C, výzkum J.Stuchlíka a P.Říčana	45

2. Vlastní výzkumná práce	48
2.1. Cíl výzkumu	48
2.2. Použité metody a popis projektu	49
2.3. Výzkumný vzorek	49
2.4. Vyhodnocení a interpretace získaných dat	49
2.5. Ověření výzkumných otázek	69
2.6. Diskuse výsledků	75
Závěr	81
Použité literární zdroje	83
Seznam příloh	88
Přílohy	89
Č.1. Struktura dotazníku	89
Č.2. Formulář dotazníku	91

Úvod:

1. Úvod a motivace k tématu

V letech 2003 – 2007 jsem měla možnost pracovat v neziskové organizaci Altán v Teplicích, která pomáhala lidem s psychotickým onemocněním. Zjistila jsem, že psychologicko - psychotherapeutická pomoc je právě pro tyto klienty nezbytnou součástí duševní rehabilitace. Podařilo se nám vytvořit podpůrnou skupinu a zavést pravidelná individuální psychotherapeutická sezení. Těchto služeb pravidelně využívala asi třetina klientely, zhruba 15 duševně nemocných.

Smysl této psychotherapie se pak následně prokázal snížením počtu hospitalizací těchto klientů, docházelo k včasnému rozpoznání ataky, u některých z nich se zlepšila i rodinná situace, zkvalitnil se jejich společenský život, získali sebedůvěru a naučili se „pracovat“ se svou nemocí nebo se alespoň se svým zdravotním stavem smířili. Tato organizace díky nedostatku finanční podpory bohužel dnes již neexistuje.

Tématem této diplomové práce proto je zmapování potřeb duševně nemocných pacientů/klientů, konkrétně těch, kteří mají diagnostikováno psychotické onemocnění.

Teoretická část je zaměřena na popis duševního onemocnění, na již známé příčiny vzniku psychózy, dále na způsob léčby a terapie. Také se budeme zabývat tím, jak chápeme pojem „potřeby duševně nemocných“ pro náš výzkum a popíšeme dotazník, o který se opírá naše výzkumná část.

V praktické části se budeme věnovat samotnému výzkumu, který proběhl na psychiatrickém oddělení v Litoměřicích v období od února 2009 do března 2009 a od října 2009 do listopadu 2009. Za pomoci dotazníku CAN - C, zjistíme, zda se pohled uživatele psychiatrických, sociálních a psychotherapeutických služeb shoduje s pohledem těch, kteří tyto služby pacientům nabízejí a poskytují.

Diplomová práce si stanovuje několik cílů. Jedním je porovnání potřeb nemocného s pohledem pracovníka, který se o nemocného stará. Dalším cílem je porovnat skupiny pacientů podle věku, pohlaví, podle toho, zda využívají pomoci psychologa nebo neziskové organizace. A posledním cílem je srovnání potřeby formálně a neformálně poskytnuté pomoci a pomoci požadované pacienty.

Vzhledem k možnostem výzkumu je vzorkem 40 pacientů/klientů z regionu Ústí nad Labem, Liberec a Střední Čechy, kteří byli v daném časovém období hospitalizováni v litoměřické

nemocnici s diagnózou psychotického onemocnění a pohled 40 poskytovatelů služeb, konkrétně zdravotnického personálu oddělení psychiatrie.

Teoretická část:

2. Diagnóza schizofrenie a její historie

Pojem schizofrenie je odvozen z řečtiny, kde „schizo“ znamená štěpit se a „phren“ znamená rozum a myšlení. Schizofrenie tak byla popsána již v antice v nejstarších textech, které lze považovat také za texty medicínské. Název schizofrenie však pro toto onemocnění zavedl až německý psychiatr Eugen Bleuler / 1857 – 1939/. Tímto názvem chtěl zdůraznit přítomnost rozštěpení mezi myšlením, emocemi a chováním. (Černoušek, 1994; Janík, Dušek, 1987)

Za pomoci vnímání, myšlení a emocí vytváříme ve své mysli určitý obraz světa. Tento tzv. „obraz světa“ je u většiny lidí podobný, je tím tedy dána možnost navzájem si porozumět a popovídat. Vnitřní svět člověka v psychóze se liší od toho, co prožívají zdraví lidé. Psychotické onemocnění zbavuje člověka schopnosti rozpoznat psychózu. Takto nemocný člověk tak považuje své psychotické myšlení, prožívání a vnímání za zcela normální a logické. Okolí však vidí svět zcela odlišně a nedokáže se s nemocným domluvit. (Praško et al., 2005)

Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí. Nejzásadnější je porucha myšlení a vnímání, oploštělá nebo neadekvátní emotivita a narušené chování a jednání. (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006)

Tato duševní porucha se již vyskytovala mnohem dříve, než bylo zavedeno její označení. Historické záznamy dokazují výskyt schizofrenie ve všech kulturách a dobách. Toto onemocnění postihne asi 1 – 1,5 % populace. Onemocnění postihuje stejně často muže i ženy, přičemž u mužů onemocnění propuká mezi 15 – 25 lety a u žen nejčastěji mezi 25 – 35 lety. Schizofrenie však může vzniknout i později nebo se příznaky objevují mnohem dříve.

Je známo, že třetina nemocných se úplně uzdraví, nemoc se vyskytne pouze jedinkrát a už se nikdy nevrátí. U druhé třetiny nemocných se nemoc občas vrací, což znamená, že nemoc ovlivňuje normální fungování takto postiženého člověka v reálném životě. U poslední třetiny nemocných má nemoc průběh chronický, který intenzivně a v různé míře narušuje jejich život. (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006)

E. Kraepelin již v roce 1896 shrnuje různé psychotické syndromy pod diagnostickou jednotku „dementi praecox“ a ve svém popisu jí dává do vínku nepříznivou prognózu – konečnou deteriorizaci. Vyděluje tři základní typy demence praecox: katatonní, hebefrenní a paranoidní. (Vacek, 1996)

F. Bleuler přichází s novou koncepcí *dementia praecox* a také s novým termínem, který volně přeložen znamená „rozštěp mysli“. Dle Bleulera je rozštěp hlavním příznakem a je daleko více typický než finální deteriorace. Deterioraci nepokládá za nezbytný rys schizofrenie a ke Kraepelinovu dělení přidává čtvrtý typ – schizofrenii simplexní. Tyto čtyři typy jsou v podstatě akceptovány dodnes jako základní schizofrenní syndromy. (Malá, 2005)

Paranoidní schizofrenie je nejčastější a nejobvyklejší typ schizofrenie ve většině částí světa. Bludy jsou relativně stálé, doprovázené halucinacemi. (Zvolský, 2001)

Schizofrenie hebefrenní připomíná vystupňované klackovité chování v adolescenci s nesmyslným šklebením, grimasováním a chichotáním. Nálada je povrchní, nepřiměřená situaci, často provázená „podivnými úsměvy“. Typické je výrazné narušení afektivity a vůle s poruchou myšlení. (Praško et al., 2005)

Katatonní schizofrenie je charakteristická funkčními poruchami motoriky. V klinickém obraze musí dominovat některý z následujících symptomů nebo jakákoliv jejich kombinace:

- katatonní stupor
- mutismus
- negativismus
- rigidita
- nástavy
- excitace

Psychomotorické poruchy se pohybují mezi dvěma extrémy – od nadměrné aktivity ke stuporu s epizodami prudkého vzrušení, včetně nebezpečného impulzivního jednání. (Praško et al., 2005)

Simplexní schizofrenie se projevuje velmi nápadnou změnou osobnosti, poklesem výkonnosti nebo úplnou ztrátou zájmů, nečinností, tupostí, ochuzeným myšlením, emoční otupělostí až vyhaslostí. Nemocný zanedbává hygienické návyky, není schopen pracovního ani sociálního fungování. Objevuje se hrubé, nepochopitelné až bizarní chování a sociální izolace. (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006)

Většina odborných textů se dnes kloní k tomu, že schizofrenie je neurovývojová porucha. Genetická predispozice ve spojení s faktory prostředí vede v rané fázi (pravděpodobně ještě v děloze matky) k poruše vývoje centrální nervové soustavy, která se může projevit v adolescenci nebo časně dospělosti jako psychotické onemocnění. Faktory, které vedou k manifestaci, nejsou známy. Riziko vzniku schizofrenie je podmíněno výrazně geneticky. (Vágnerová, 2008)

Projevy schizofrenie jsou spojovány s dysbalancí některých neurotransmiterů a změnami určitých oblastí mozku. Předpokládá se, že za psychotické projevy je zodpovědná nadměrná aktivita dopaminergního systému v limbické oblasti. (<http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3?id=865&sekce=20>)

Nejmarkantnějšími projevy schizofrenie jsou pozitivní příznaky, které jsou charakteristickými známkami psychózy klasicky reprezentované schizofrenií. K těmto příznakům patří bludy, halucinace a dezorganizovaný slovní projev a chování, v širším pojetí také porucha vnímání reality. (Koukolík, Motlová, 2004)

Pro schizofrenii jsou dále charakteristické negativní příznaky. K nim patří afektivní oploštělost, alogie, apatie, abulie, anhedonie, snížení sociability. Primární negativní příznaky jsou součástí procesu onemocnění, sekundární negativní symptomy jsou dané jinými faktory - pozitivními symptomy, depresí, vedlejšími účinky, hlavně neurologickými, a institucionalismem (dlouhodobý pobyt v nestimulujícím prostředí vede k oploštění zájmů a stažení). (<http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3?id=865&sekce=20>)

Jedny nebo druhé příznaky mohou převažovat, nejčastěji však bývají v akutní fázi přítomny oboje. Negativní příznaky obvykle přetrvávají po odeznění akutních psychotických příznaků. U schizofrenie se setkáváme i s poruchami nálady, nejčastěji depresí. Dost velké procento nemocných končí hlavně v počáteční fázi suicidem. (<http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3?id=865&sekce=20>)

S negativními symptomy souvisí narušení kognitivních funkcí. Zahrnuje poruchy paměti, pozornosti, poruchy řeči, narušení tzv. exekutivních funkcí (rozhodování, plánování). V podstatě je možno říci, že je narušena schopnost přijímat a zpracovávat informace a patřičně reagovat.

Kognitivní dysfunkci nacházíme již před začátkem choroby, bývá trvalá. Mírnou kognitivní dysfunkci nacházíme také u části příbuzných prvního stupně, kteří nikdy ne onemocní. (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006)

Kognitivní deficit je jedním z hlavních znaků schizofrenie a podobně jako negativní symptomy koreluje se strukturálními a funkčními abnormalitami mozku. Nacházíme ho ve větší či menší míře téměř u všech nemocných. Je přítomen již při první manifestaci psychotické symptomatologie, vyskytuje se nezávisle na pozitivních příznacích. Míra kognitivního postižení určuje pacientovu soběstačnost a schopnost žít ve společnosti, souvisí se schopností zvládat základní denní úkony a sociální aktivity a se schopností zapojit se do pracovního procesu. Predikuje fungování ve společnosti spolehlivěji než pozitivní příznaky. Pro mnoho schizofreniků

negativní symptomy a kognitivní deficit představují nejvíce zneschopňující komponentu onemocnění.

Abychom dosáhli alespoň určité míry objektivity, můžeme kognitivní deficit a symptomatologii měřit. Lze k tomu použít řadu nástrojů - škál, stupnic, dotazníků, baterie neuropsychologických testů. (Praško et al., 2005)

Dalšími příznaky bývají také příznaky afektivní, kdy převažuje deprese, hlavně v iniciální fázi onemocnění. Deprese je součástí akutní psychotické ataky a po odeznění psychotických potíží se dostává více do popředí, tento stav nazýváme postpsychotickou depresí.

Pro mnoho schizofreniků negativní příznaky společně s kognitivní dysfunkcí představují přetrvávající, refrakterní a zneschopňující komponentu onemocnění, která vede k vytvoření problému začlenit se do normálního života. (Češková, Svoboda, Kučerová, 2006)

3.Schizofrenie v dětství, adolescenci a dospělosti

3.1.Schizofrenie v dětství

První velké práce o dětských psychózách a speciálně schizofrenii spadají do let 1910 – 1950. V těchto letech se stanovují diagnostická kritéria, popisují symptomy, průběh onemocnění a prognóza. V dalším období se zájem obrací k rodině, vznikají prospektivní studie rizikových dětí, dětí psychotických rodičů. (Malá, 2005; Říčan, Krejčířová et al., 2006)

V dětské a dorostové psychiatrii je diagnostický problém schizofrenie komplikován vývojovým aspektem. Nedo zralé struktury CNS, neukončený motorický, percepční, emoční, kognitivní, intelektový, interpersonální a sociální vývoj je náhle duševní poruchou zabrzděn nebo zastaven. (Vágnerová, 2008)

Dle MKN – 10 a DSM – IV je charakterizována podobně jako u dospělých přítomností halucinací, bludů, poruchou myšlení, afektů. Trvání poruchy musí být nejméně půlroční a může zahrnovat jak prodromální, tak i reziduální příznaky. Je přítomná výrazná sociální maladaptace s dysfunkcí pracovní schopnosti. (MKN-10, 2001)

Po prostudování všech dostupných materiálů můžeme říci, že schizofrenii se ne vždy podaří diagnostikovat. U dětí do 10 – ti let se diagnostikuje u 1%, před 15 rokem asi ve 4%, před 21 rokem ve 20% a do 30 – ti let v 80%. (Říčan, Krejčířová et al., 2006)

V předškolním věku se schizofrenie projevuje tzv.syndromem bludných fantazií. Fantazie bývají tak intenzivní, že se dítě ponoří do svého světa a odklon od reality se projeví autismem. Zpočátku je možné v těchto fantaziích vystopovat odraz situace, která dítě traumatizovala. Ve fantaziích dojde ke splnění přání, postupně vymizí obraz reálné situace a také emoční vztah k ní. Postupně se ztrácí bohatost fantazijní produkce, její logický vztah k reálné situaci a vzniká blud. (Malá, 2005; Říčan, Krejčířová et al., 2006)

Poruchy myšlení vedou ke komunikačním defektům, podobným těm, které jsou popisovány u dospělých schizofreniků. Myšlení je kompletně odtrženo od reality a nedovoluje interakci a konfrontaci pacientova vnitřního světa se světem okolním. Porucha kognitivních funkcí je další komplikací stavu, jde vlastně o centrální poruchu poznání. Poruchy myšlení a kognitivních funkcí vedou k psychické rigiditě, k neobvyklé roztržitosti, k bizarnímu vnímání světa, k rozostření reality a k psychotickému chování. Projevy jsou tedy u dětí i dospělých analogické, v předškolním věku ještě může být pozorován regres z předchozí úrovně adaptivního fungování spojený s již výše zmíněnými reakcemi a pocity. Rozvoj charakteristických bludů a

halucinací bývá většinou potvrzen až po 9.roce věku. Projevy formálních poruch myšlení a ploché nebo nepřiměřené emoce mohou být zřetelné již kolem 6.roku věku. (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009)

Postupně také dochází ke ztrátě zájmu o lidi a ke ztrátě empatie. Poruchy emocí jsou vyjádřeny buď emoční plochostí, nebo naopak přecitlivělostí. Děti bývají bez zájmu a zvědavosti, často si hrají samy, rigidně a stereotypně. Stavby úzkosti se někdy spojují s bizarními strachy, a to i z obyčejných objektů, jako je nábytek, sprcha či přístroj apod. Objevují se panické reakce na běžné každodenní situace s neschopností utišit se. (Říčan, Krejčířová et al., 2006)

Často se objevuje depresivní ladění. Pro neschopnost vytvořit emoční vztah k lidem dochází k sociální maladaptaci, vedoucí k osamělosti a izolaci. Porucha způsobuje také neschopnost zapojit se mezi vrstevníky, nepochopení sociálních situací, altruistickým postojům a morálním zásadám. (Malá, 2005).

„Schizofrenní dítě má strach z dětí, protože se cítí jiné a má pocit, že nemá nikoho, kdo by jej ochránil“ (Malá, 2005,s.33).

Destruktivní chování dítěte u některých forem schizofrenie je otázkou testování toho, co jsou rodiče schopni tolerovat. Je to určité ubezpečování se o jejich lásce. Když se hostilita obrátí dovnitř, projeví se autoagresivním a autostimulačním chováním. Děti mohou často vyvolávat rvačky, při nichž jsou bity a sami sobě tím dokazují, že jsou špatné a okolní svět je proti nim nepřátelsky naladěný. (Langmeier, Krejčířová,1998; Malá, 2005)

Schizofrenie v dětství s časným začátkem se tedy projevuje především takto:

- Poruchou integrace vzorců chování
- Dezorganizací řeči
- Poruchami myšlení a vnímání
- Poruchou kognitivních funkcí
- Poruchou afektivity s vysokou anxiétou
- Poruchou sociálního fungování, u menších dětí poruchou vývoje socializace (Vágnerová, 2008).

Na začátku třetího tisíciletí vzniká mezinárodní dohoda, podle které lze schizofrenii v dětství (COS – childhood onset schizophrenia) diagnostikovat až kolem 10. roku věku. (Gleeson, Mc Gorry, 2004) Jedná se o tzv. schizofrenii školního věku, kdy nejvýraznějšími příznaky jsou

poruchy kognitivních funkcí, depersonalizace a paranoidita. Výskyt halucinací bývá velice vzácný. (Malá, 2005)

Schizofrenie v prepubertě, pubertě a adolescenci probíhá buď akutně, nebo plíživě. Akutní průběh je u 50% pacientů charakterizován náhlým psychotickým zlomem.

Dobrá prognóza je u většího množství pacientů, kteří mají:

- akutní začátek onemocnění
- vznik onemocnění až kolem 14 – 18 roku
- výraznou afektivní symptomatiku
- psychotické pozitivní příznaky a psychotické chování
- normální EEG
- nadprůměrné IQ
- syntonní premorbidní osobnost
- nepřítomnost hereditární zátěže (Malá, 2005).

Neuropsychologický profil dětí začíná být systematicky zkoumán až v posledních letech. Za hlavní rys onemocnění schizofrenie je dnes považován především nedostatek řízeného zpracování informací. „V inteligenčních testech i neuropsychologických souborech bývají nalézány hlavně poruchy pozornosti (ve WISC nižší výkon Kódování, Počty a Opakování čísel), poruchy paměti a poruchy exekutivních funkcí – zejména v komplexnějších úkolech. Závažné deficity byly potvrzeny např. ve schopnosti vizuálního vyhledávání (Číselný čtverec, TENAZO aj.), narušena je dále i schopnost neverbální kategorizace (např. Wisconsinský test), poskytnutí verbální pomoci navíc v tomto případě výkon dítěte spíše zhoršuje, protože vede k nutnosti integrace různých typů informací. Jednoduché řečové a percepční funkce naopak zůstávají zachovány (z hlediska lokalizace svědčí neuropsychologický profil nejspíše pro dysfunkci oblastí frontálních a temporálních). Kromě specifického kognitivního deficitu bývá přítomen i lehčí deficit generalizovaný – snížení IQ v průměru asi o 5-10 bodů proti celkové populaci (v tomto případě může někdy jít i o vedlejší vlivy léčby neuroleptiky a roli hraje i délka trvání nemoci, specifický kognitivní deficit je však pravděpodobně stacionární a s průběhem nemoci se nehorší). Kognitivní porucha přitom koreluje hlavně se závažností negativních symptomů, ne však se symptomy pozitivními.“ (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2009, s.541-542)

3.2. Schizofrenie v adolescenci a dospělém věku

Schizofrenie je tradičně vedena jako porucha objevující se primárně v adolescenci. Již M.Bleuler poukázal na to, že téměř 4% Kraepelinových pacientů mělo začátek onemocnění před 20. rokem a 60% před 25. rokem. (Malá, 2005)

Podle MKN-10 diagnostikujeme tyto typy schizofrenie: paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovanou, reziduální, simplexní, poschizofrenní depresi, schizofrenii jinou a nespecifikovanou. (MKN-10, 2001)

Schizofrenie hebefrenní by měla být diagnostikována pouze u adolescentů nebo mladých dospělých jedinců, premorbidní osobnost je typicky (ne však nutně) spíše plachá a samotářská. Pro správnou diagnózu je nutné alespoň dvou až tříměsíční sledování, aby se charakteristiky potvrdily. Progredující forma schizofrenie v adolescenci se často projevuje astenickým syndromem, který bývá pro toto období charakteristický. Mladiství si stěžují na sníženou psychickou výkonnost, nespavost, bolesti hlavy, únavu, zemdlenost, poruchy vnímání, roztržitost, nesoustředěnost. Zhoršuje se školní práce, tráví dlouhé hodiny děláním úkolů, vlastně jejich neděláním. Objevují se náladové výkyvy a senzitivní vztahovačnost. Jindy se objevují zvláštní zájmy, pro které je typická neobvyklost, jak věková, tak zájmová. (Malá, Pavlovský, 2002)

Paranoidní forma schizofrenie v adolescenci má své vývojové, klinické zvláštnosti. Pro adolescenční věk je typické formování osobitého bludného světového názoru, nepřátelství k lidem jako celku. Vzniká apatie vůči blízkým osobám, zvláště k matce. Dospívající se stávají agresivní vůči rodičům, časté jsou útoky z domova. Objevují se bludy, které je přesvědčují o tom, že jsou otráveni a ovlivňováni. Nejčastější blud však bývá dysmorfofobický, který se týká nějaké tělesné vady a oni se urputně snaží své domnělé vady odstranit. (Koukolík, Motlová, 2004)

„Specifickou variantou této formy schizofrenie, zvláště u adolescentů je tzv. febrilní katatonie. Nejhorší prognózu má tato forma schizofrenie tehdy, jsou-li přítomné krátkodobé katatonické stavy. Somatický stav může být alterován – nezvladatelná hyperpyrexie, tachykardie, hypertenze a pocení, jež přechází do hypotenze, komatózního stavu nebo může končit až náhlým úmrtím.“ (Malá, 2005, s.50)

Onemocnění schizofrenie nevzniká jen v dětství nebo adolescenci, ale může se projevit až v dospělém věku. Do hry vstupují mnohé rizikové faktory. Z textu vyplývá, že nemocní schizofrenií jsou lidé velice senzitivní, citliví k nejrůznějším vlivům, ať už společenským, genetickým či biologickým. Tato citlivost je spojena s nadměrnou vulnerabilitou těchto lidí. Podíl biologických, psychologických a sociálních faktorů na vzniku této zranitelnosti je u každého

jedince jiný. U někoho převládá spíše biologická příčina, u jiného spíše psychosociální. Společné je to, že nemocní lidé mají nižší stresový práh. Spouštěčem takové stresové reakce může být negativní prožitek, ale může se také stát, že se nemoc projeví i díky vlivu nějaké pozitivní situace, jako je např. svatba, nadměrná pozornost ze strany okolí apod.

V každém lidském životě dochází v průběhu času ke změnám, s těmito změnami souvisí také změna životní role. Tuto změnu mnozí jedinci zvládají velmi obtížně, někteří mohou onemocnět duševní nemocí. (Jarolímek, 1996)

4. Modely vzniku schizofrenie

4.1. Genetický model

Genetika schizofrenie čelí dvěma problémům. Jednak nelze vyjádřit dostatečně objektivně genotyp schizofrenie, a pak není možno se opřít o žádný definovaný zvířecí model. Existují jen určité počítačové simulace, které více nebo méně zřejmě odpovídají skutečnosti. Genetická analýza je tedy odkázána jen na lidské rodokmeny, proto v oblasti vysvětlení etiologie schizofrenie máme nejrozumnější hypotézy. (Malá, Pavlovský, 2002)

Na jednom pólu jsou to hypotézy, které v podstatě vysvětlují schizofrenii jen jako výsledek působení zevních traumatizujících faktorů zejména psychologické povahy, působících v časném věku, na druhé straně jsou to teorie, které předpokládají větší či menší podíl vlivu genetických faktorů při vzniku tohoto onemocnění. (Malá, 2005)

V současné době však převládá názor, že na vzniku schizofrenie se podílí jak genetické, tak i zevní faktory. Pro podíl genetických faktorů na vzniku schizofrenie svědčí řada studií, které mluví především o důkazech typu: studie rodokmenů, studie rodin, studie dvojčat, studie adoptivních dětí (dětí biologických schizofreniků, které byly adoptovány zdravými náhradními rodiči), studie kandidátských genů, molekulární genetika, transkulturálně stálá incidence schizofrenie, specifické morfologické změny mozku nemocných i jejich „zdravých“ sourozenců.

„Riziko v rodinách schizofrenních pacientů je ve srovnání s udávaným rizikem v normální populaci (kolem 1%) značně zvýšené“ (Malá, 2005, s.70).

Multifaktoriální polygenní model schizofrenie (MFP) předpokládá, že při vzniku poruchy jde o interakci mezi polygenně podmíněnou vlohou a mnoha různými faktory prostředí. (Zvolský, 2001)

Podle Malé (2005) Rutter zdůrazňuje především kumulaci stresorů (vyčerpání, nemoci, psychologická traumata, toxické vlivy z prostředí, negativní ekologické faktory apod.), které predisponují mozek k psychotické dekompenzaci. Můžeme tedy říci, že genetické faktory determinují fyzickou bázi osobnosti, ale psychická porucha je výsledkem spolupůsobení vlivů genetických, biologicko-organických, vývojových a environmentálních.

Psychická porucha rodiče determinuje vývoj dítěte skrze prostředí, protože nemoc je vždy spojena s poruchou vztahů v rodině. Porucha vztahů asi nejvýrazněji působí při vzniku a vývoji nemoci dítěte. (Koukolík, Motlová, 2004)

4.2.Model intrauterinně načasované chyby

Teorie neurovývojového typu schizofrenie předpokládá u schizofrenních pacientů abnormity v DNA, zapříčiňující jiná synaptická spojení během perinatálního a časného postnatálního období. Migrace neuronů probíhá odlišně a dochází k jiným spojeníům. Tyto jiné „neurální mapy“ vedou zřejmě k vypuknutí poruchy v adolescenci a časně dospělosti. (Koukolík, Motlová, 2004, Zvolský, 2001)

Vyšetřování počítačovou tomografií a magnetickou rezonancí potvrzují tyto teorie. Díky těmto vyšetřovacím technikám se podařilo zjistit úbytek šedé hmoty mozkové ve frontálním a temporálním laloku, zmenšení amygdalo-hypokampálního komplexu. (Koukolík, Motlová, 2004)

„Funkční zobrazovací metody PET (pozitronová emisní tomografie) a SPECT (jednofotonová emisní počítačová tomografie) umožňují studium receptorů a určení krevního průtoku v různých oblastech mozku v souvislosti s jeho metabolismem. Obě metody tak potvrzují teorii frontální dysfunkce.“ (Malá, 2005, s.71)

4.3.Neurotransmiterový model a morfologické změny

„Dle dopaminové hypotézy je v synaptické štěrbině pacientů s diagnózou schizofrenie zvýšená aktivita dopaminové transmise, která je blokována neuroleptiky. Dnes se předpokládá, že v některých oblastech mozku je dopaminová hyperaktivita (limbický systém, bazální ganglia), v jiných hypoaktivita (mesokortex, prefrontální oblast). Moderní antipsychotika se váží jak na dopaminové, tak serotoninové receptory.“ (Malá, 2005,s.71)

Můžeme tedy říci, že tam, kde lze klinicky zjistit poruchy myšlení, řeči, společenského poznání a dezorganizované chování, tam odborníci nacházejí změny při vyšetřování CT, MRI, PET, SPECT metodami.

4.4.Neurovývojový model

Neurovývojová hypotéza schizofrenie vychází z toho, že vinou časných patologických podmínek dojde k zástavě vývoje. Dochází ke změnám fetálního vývoje mozku nebo k lézím CNS v období kolem porodu. Zpočátku v dětství se porucha může projevovat neurologickými tzv.“soft signs“ /minimálními, drobnými, slabými odchylkami, což vypadá na určité organické poškození CNS/, mírnými kognitivními poruchami a mírnou sociální maladaptací. Psychóza je zřejmě určitým vývojovým stádiem onemocnění, které se v kritickém

životním období, obvykle v adolescenci, projevuje duševní poruchou.
(<http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3?id=865&sekce=20>)

5.Rodina

Rodina je jakási univerzální sociální skupina, ve které probíhají významné sociálněpsychologické jevy v životním kontinuu jedince. Rodina ve svém intimním prostředí umožňuje jedinci nejprve vytvořit pevné sociální vazby. Na základě důvěry a emocionálně silných opětovávaných vztahů mu poskytuje tzv.“tréninkové prostředí“ pro významné procesy jeho dalšího psychosociálního vývoje. V rodině se utváří důvěra v sebe, motivačně volní charakteristiky, postoj k sobě samému a druhým. V rodině se formují modely chování, přijímají se regulační mechanismy těchto forem, dochází k předávání a zvnitřňování norem, k seznamování se s různými druhy sankcí. V rodině také dochází k procesu identifikace a k seznamování se s identifikačními vzory, které odpovídají vlastní pohlavní roli. V rodině se osvojují formy verbální i neverbální komunikace. Dochází zde k poskytování potřebných dovedností pro plynulé začlenění do společnosti, ale také k formování vlastní osobnosti, jedinečnosti a svébytnosti v celém procesu individuace. (Výrost, Slaměník et al.1998)

5.1.Rodiny schizofreniků

Zvláštnosti, jež jsou popisovány v rodinách se schizofrenním dítětem, bývají vysvětlitelné mnoha způsoby. Tvzení, které mluví o tzv. schizofrenním chování rodičů vyvolávajícím poruchu, je pro mnoho autorů dnes již nepřijatelné :

„Vznik poruchy dítěte je reakcí na abnormální chování pečovatele. Dítě onemocní, protože je vystaveno odmítajícímu, neadekvátnímu, ambivalentnímu chování dominantního a při tom nezralého rodiče. Tento vysoce frustrující a zraňující koncept traumatizoval několik let zoufalé rodiče schizofrenních dětí, kterým jak rodina, tak i laická veřejnost a dokonce i odborní lékaři kladli za vinu vznik poruchy u dítěte.“ (Malá, 2005, s.89)

První důkazy o nepřijatelnosti tohoto tvrzení přinesly již některé výzkumy v 70. letech. Byl prokázán výrazný vliv genetické dispozice.

Nemocný člen rodiny ovlivňuje chování všech ostatních členů rodiny. Abnormální rodičovské chování je reakcí na abnormální chování nemocného dítěte. Jeho působení je rozmanité a každý člen rodiny reaguje specificky. Jde tedy o tzv.“začarovaný kruh“, který lze v některých případech za pomoci edukace a psychoterapie protnout.

„Ze sociálního hlediska je schizofrenie výrazně stigmatizující onemocnění. Nedostatek etiologie, nedostatek znalostí o příčinách této choroby, se projevuje posílením předsudků.“ (Vágnerová, 2008, s.354)

Počáteční fáze schizofrenie často jako nemoc nevypadá, objevují se různé nespecifické příznaky, které se mohou vyskytovat i za jiných okolností, např. podrážděnost, úzkost, únava, vztahovačnost, nespavost, nesoustředěnost. Díky těmto příznakům může docházet také ke změně v atmosféře rodiny. S nemocným se nelze rozumně domluvit, jeho projevy bývají nepřiměřené situaci a nejsou již takové, jako byly dřív. Chování nemocného často vzbuzuje u příbuzných pocity ohrožení a nejistoty, a podle toho se k nemocnému chovají. Je pro ně velice těžké se do nemocného vcítit a porozumět mu, komunikace s ním je obtížná a často úplně neefektivní. (Vágnerová, 2008)

Postoje a chování rodiny se může velmi změnit v situaci, kdy je nemocný vyšetřen a je stanovena diagnóza. Reakce rodiny na toto zjištění má svou dynamiku, kdy se názory a postoje v průběhu času mění. (Kalina, 1987; Mikšík, 1999)

Prvotní obrannou reakcí bývá popření nebo bagatelizace sdělení, které je v plném rozsahu nepřijatelné. Popření skutečnosti je bezprostředním řešením nepřijatelné zátěže. Příbuzní nemocného se často pokoušejí před nejbližším okolím zatajit, že někdo z jejich rodiny trpí duševní chorobou. Tato tendence vyplývá zřejmě z obecně platného postojového stereotypu který tvrdí, že duševní nemoc je sociálním stigmatem. Rodina se za nemoc stydí a cítí se být jejím prostřednictvím také nějak postižena např. snížením sociální prestiže. Nemoc může být členy rodiny chápána jako slabost nebo selhání. (Vágnerová, 2008)

Obrana popíráním nevydrží dlouho. Chování nemocného nakonec přinutí členy rodiny, aby si přiznali, že skutečně jde o duševní onemocnění. Jedním z možných projevů přijetí skutečnosti může být hledání příčiny nebo viny za vznik tohoto onemocnění. Zejména rodiče nemocného se mohou často trápit představou, co všechno udělali špatně nebo se brání obviňováním někoho jiného. Rodina hledá viníka onemocnění a často nachází zcela nesmyslná vysvětlení, která mohou dále narušovat rodinné vztahy. Někdy je za viníka své choroby považován sám pacient a je tak obviňován i za potíže, jež rodině duševní nemocí vznikly. (Praško et al., 2005)

V období, kdy dojde k určitému zpracování problému začíná převažovat potřeba hledat pomoc a léčbu. Často takový léčebný proces brzdí předsudky v postojích rodinných příslušníků, zklamání, že léčba nepostupuje tak rychle, jak by si představovali nebo jejich přesvědčení, že se nedá nic dělat.

Pokud rodina překoná všechny zátěže, může dosáhnout určitého realistického postoje, který je dobrým předpokladem další spolupráce a podpory duševně nemocného. Jde o pozitivní výsledek řešení rodinné krize. Pozitivním vyústěním této fáze je také nové uspořádání v rodinných vztazích a nalezení takového způsobu života, který je pro všechny členy rodiny přijatelný. Někdy ovšem rodina zátěž duševní nemoci neunes a rozpadá se nebo vyloučí svého nemocného z rodiny a ten je nucen žít trvale v ústavní péči. (Vágnerová, 2008; Praško et al., 2003)

Nové uspořádání rodinných vztahů s sebou přináší určitá rizika. Jednak jde o již zmíněné vyloučení duševně nemocného z rodiny, ať už umístěním do ústavní péče nebo sociální a emoční izolací. Druhým problémem může být hyperprotektivní postoj jednoho nebo obou rodičů. Setkáváme se také s indukcí bludného uvažování někomu dalšímu z rodiny, ten pak některým bludům věří a podle toho se i chová. (Langmeier, Balcar, Špitz, 1989)

„Rodinné klima, především celkový vztah a zafixované projevy chování k nemocnému, může fungovat jako rizikový faktor, který přispívá k udržení některých symptomů a do určité míry ovlivňuje i pravděpodobnost vzniku relapsu.“ (Vágnerová, 2008, s. 359)

Malá uvádí, že dle výzkumů Lidze et al. z roku 1967 byly rodiny schizofreniků diagnostikovány takto:

- nemívají jasně definované sexuální a generační hranice
- skýtají málo ochrany a emoční vřelosti
- ke všemu cizímu a všem cizím mají nedůvěru
- v rodinách jsou výrazné emoční boje
- rodiče bývají daleko více svázáni se svou nukleární rodinou než s rodinou, kterou sami založili
- často v rodinách existují patologické vazby rodič – dítě, které vytvářejí předpoklady pro neadekvátní osobnostní vývoj a sociální integraci (Malá, 2005).

Další literatura (Vágnerová, 2008) ještě doplňuje:

- role a pozice jednotlivých členů rodiny bývají často nestandardní
- komunikace v rodině bývá narušená, nápadná z hlediska struktury a obsahu
- rodina nedovede pojmenovat své problémy a soustředit se na jejich řešení, většinou spíše problém zakrývají nebo popírají
- rodina není schopna zvládnout negativní emoce

Matky schizofreniků mají tendenci:

- nereagovat na potřeby dítěte
- zaměňují potřeby dítěte se svými vlastními
- dávat rozporuplné verbální a emoční signály (jde o tzv. podvojnou komunikační vazbu – vysvětleno níže)
- nerozpoznávat ego hranice s poruchou „jáství“, kdy se snaží žít svůj život skrze své děti
- jednou být příliš přísné, podruhé nedostatečně pevné

Otcové schizofreniků bývají častěji:

- nejistí ve své mužské roli
- s potřebou neustálého obdivu a povzbuzování
- lehce až středně paranoidní nebo paralogičtí (Malá, 2005).

Obecně se zdá platné tvrzení, že schizofrenní děti mají špatný vztah k rodiči stejného pohlaví a že rodiny schizofreniků chybují při výchově hlavně v tom, že rodiče nejsou schopni citlivě reagovat na potřeby dítěte v konkrétním vývojovém období. (Malá, 2005)

Podvojná komunikační vazba tzv. „double bind“, kterou popsal Bateson již v letech 1956, 1963 vyjadřuje podle Malé toto:

„Konfliktní sdělení vyjádřené podvojnou vazbou se projevuje v tom, že na verbální úrovni je sdělováno něco, co je na nonverbální úrovni popíráno, nebo je na neverbální úrovni míněním naprosto odlišným.“ (Malá, 2005, s.91)

Existují kritické pohledy na „double bind“, které tvrdí, že tato vazba se vyskytuje i v rodinách, kde nemocný schizofrenií nikdo není, což opět vede k teorii, která mluví o kombinaci mnoha příčin vzniku duševního onemocnění.

Úkolem odborníků je tedy mobilizovat síly rodiny, aby přijetí a emoční podpora pacienta byly co největší. Tak se může podařit zlepšit kvalitu života nemocného, jak dokazují různé výzkumy sebesposuzovací škály. (Praško et al., 2005)

Vliv psychotických rodičů je okamžitý, genetické faktory se projevují později, proto byly popsány čtyři položky, podle kterých lze hodnotit tzv. rizikové děti: zevní faktory - genetické, vulnerabilita, školní výkon a míra nepříznovosti.

Je tedy zřejmě nutné poskytovat dětem psychotiků již od raného dětství adekvátní a pravdivé informace o tomto onemocnění, v některých případech je vhodná i včasná psychoterapeutická pomoc.

Některá zařízení se také specializují na edukaci učitelů a sociálních pracovníků. Jde o to, aby byli schopni rozpoznat a rozlišit duševní onemocnění od problému spojeného s užíváním drog. Díky tomu lze takto nemocným a handicapovaným dětem pomoci dříve a léčba může být účinnější.

6. Diagnostika a léčba schizofrenie

6.1. Psychologická diagnostika schizofrenie

V souvislosti s diferenciální diagnostikou musí psycholog nejčastěji rozlišovat poruchy osobnosti versus psychóza. Dalším problémem bývá vyšetření hloubky kognitivního deficitu. Výběr metod a způsob použití, pak závisí na samotném psychologovi, který pacienta vyšetřuje. Nejčastěji se k vyšetření pacientů používá rozhovor, projektivní osobnostní testy (např. Rorschach) a také dotazníky (např. MMPI). (Svoboda, 1999)

Nemocní, kteří trpí onemocněním schizofrenie se dostávají k lékaři většinou až s příchodem první manifestace psychotické symptomatologie. Diferenciálnědiagnostické rozlišení je třeba u těchto pacientů udělat již při první manifestaci onemocnění, samozřejmě pokud je to možné. Většinou rozlišujeme, zda jde o schizofrenní onemocnění nebo organickou a symptomatickou psychickou poruchu. Obraz schizofrenní poruchy mohou napodobit různé formy encefalitidy, traumatické poškození CNS, mozkový nádor, epilepsie nebo hormonální poruchy. Stanovit přesnou diagnózu nám mohou pomoci laboratorní vyšetření a pečlivá anamnéza. Řada neurologických onemocnění totiž může napodobit schizofrenní symptomatologii. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006; Berman, Shopland, 2005)

Dalším problémem mohou být symptomy, jež souvisí s užíváním drog nebo jiných psychotropních látek. V tuto chvíli je důležité toxikologické vyšetření a zkoumání dynamiky projevů a jejich délky. *„Nejčastější diferenciální diagnózou bývá toxická psychóza. Amfetaminy, LSD, extáze mohou navodit pozitivní příznaky, PCP může napodobit i negativní příznaky. Lékově navozené psychotické poruchy jsou většinou krátké, ustoupí během několika dní abstinence. U vulnerabilních jedinců lze někdy pozorovat přechod v klasickou schizofrenní poruchu.“* (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 189)

Diferenciální diagnóza v rámci schizofrenního spektra souvisí především s akutními a přechodnými psychotickými poruchami, kdy se při stanovení diagnózy opíráme především o dobu trvání příznaků. Jestliže nelze toto kritérium použít, vodítkem je průběh onemocnění.

Velmi obtížné může být odlišení schizofrenie od mánie a depresivní poruchy, hlavně pokud jde o projev mánie a deprese s psychotickými rysy. Vodítkem může dle autorů Svobody, Češkové a Kučerové být určitá pochopitelnost a srozumitelnost myšlení a jednání spojená s mání. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006) Podobně je tomu i u psychotické deprese (Maj et al., 2002).

Někdy se schizofrenie také zaměňuje s neurotickými poruchami. V rámci diferenciální diagnózy zde můžeme rozlišit disociativní stupor, u nějž můžeme najít průkaznost psychogenního působení, což znamená nedávnou stresující událost, interpersonální nebo sociální problémy. Obsedantně- kompulzivní symptomatika bývá přítomna hlavně v iniciální fázi onemocnění. Od obsedantně kompulzivní poruchy se liší hlavně bizarností a chybějícím náhledem. Derealizace a depersonalizace většinou bývá u schizofrenního onemocnění spojena s dalšími symptomy. (Mace, Margison, 1997)

Posledními poruchami, které je třeba odlišit od onemocnění schizofrenie jsou poruchy osobnosti. Diferenciální diagnostika se týká hlavně paranoidní, schizoidní a emočně nestabilní osobnosti. Nejdůležitější pomůckou psychologa je dle Svobody, Češkové a Kučerové pečlivá anamnéza, která je zaměřená na dynamiku projevu. *„Kromě dekompenzací, jde o trvalou poruchu. U schizofrenie většinou dochází v určité fázi ke změně osobnosti, u poruch osobnosti nikoli.“* (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s.189)

6.2.Farmakoterapie

Cílem léčby je zlepšení pozitivních, negativních, afektivních a kognitivních příznaků, minimalizování vedlejších účinků a zvýšení kvality života pacienta.

S velkým rozvojem farmakoterapie máme k dispozici stále více antipsychotik. Kromě tradičních, klasických antipsychotik (zástupce chlorpromazin, haloperidol) dostáváme do rukou atypická antipsychotika, pro která je také používán název antipsychotika druhé generace. Atypická antipsychotika jsou z klinického pohledu charakterizována širším spektrem účinnosti, tj. příznivějším ovlivněním negativních a afektivních příznaků. (http://www.darius.cz/archeus/NN_schiz.html)

Pozitivní příznaky jsou účinně ovlivněny antipsychotiky, typickými i atypickými, u 70 % léčených. Kolem 30 % na zvolenou farmakologickou léčbu nereaguje. (Motlová, Koukolík, 2004)

Historicky se klinické studie soustředily spíše na akutní léčbu, avšak většina schizofreniků potřebuje léčbu dlouhodobou, nejčastěji celoživotní. Zájem o dlouhodobou léčbu vedl k přesunu zájmu z pozitivních na negativní příznaky, kognitivní funkce, snášenlivost, bezpečnost a kvalitu života. (Raboch, Pavlovský, 2003) Negativní příznaky a narušení kognitivních funkcí přetrvávají a vedou k tomu, že většina nemocných se schizofrenií se není schopna znovu zařadit do společnosti (Clarkin, 1998).

Snášenlivost je podmíněna výskytem vedlejších účinků, které hlavně při dlouhodobé léčbě mohou být problematické. Nejzávažnějšími vedlejšími účinky klasických antipsychotik jsou neurologické vedlejší příznaky. Příznaky jsou pro nemocného nejen subjektivně nepříjemné, ale handicapují ho i ze sociálního aspektu. (Green, 1996; Green, 2000)

Dalším vedlejším účinkem je obezita a vše, co s ní souvisí, včetně dysbalance sexuálních hormonů, sexuální dysfunkce a spojení s některými chorobami, které mohou být potenciálně nebezpečné (osteoporóza, ischemická choroba srdeční). Ke všem zmíněným vedleším účinkům jsou jedinci různě citliví. Individuální vulnerabilita je zřejmě geneticky podmíněná. (Praško et al., 2005)

Neexistuje antipsychotikum, které je nejlepší pro všechny nemocné po celou dobu procesu léčby. Správná volba závisí na individuální vulnerabilitě, kterou však v současné době neumí psychiatrie stanovit. Ideální antipsychotikum by mělo výrazně zlepšit nebo odbourat příznaky na různých úrovních, mělo by mít dobrou snášenlivost a mělo by být pro pacienta snadno dostupné. (Motlová, Koukolík, 2004)

Farmakoterapie je pouze jednou součástí komplexní léčby, další nutnou, leč mnohdy podceňovanou léčbou, je intenzivní psychoterapie. Nezbytný je také vstřícný a chápající postoj rodiny a všech blízkých v okolí nemocného./viz.kapitola věnovaná psychoterapii 6.4./

6.3. Elektrokonvulzivní terapie

Sporadické pokusy zklidnit duševně nemocného pacienta pomocí tzv.galvanoterapie (starší název elektrokonvulzivní terapie) nacházíme již v druhé polovině 18.století. (Černoušek, 1994)

Elektrokonvulzivní terapie /EKT/ je velmi účinná při léčbě depresí. (Jonesová, Asen, 2004) Role EKT v léčbě schizofrenie je nejasná, ale výsledky dostupných studií svědčí o tom, že u pacientů se schizofrenií, u nichž antipsychotika sama o sobě dostatečně nezabírají, je použití EKT účinné. Jde především o pacienty s diagnózou katatonní schizofrenie, kdy je výhodou hlavně rychlý nástup účinku. (Motlová, Koukolík, 2004)

Pacient musí s elektrokonvulzí souhlasit, tj. musí podepsat informovaný souhlas, s výjimkou život ohrožujících stavů, kdy ji lze aplikovat i bez souhlasu pacienta. Vždy musí být přítomen anesteziolog. (http://www.darius.cz/archeus/NN_schiz.html)

Nežádoucí účinky:

Po elektrokonvulzi se může objevit řada nežádoucích účinků. V naprosté většině případů jsou mírné a brzy odeznívají.

Patří k nim zejména:

- Poruchy paměti, kdy pacienti ihned po záchvatu zažívají stav dezorientace(postkonvulzní zmatenost), zhoršením pozornosti a paměti; následky většinou odezní do šesti měsíců
- Bolesti hlavy, svalů
- Nevolnost
- Přechodné zvýšení krevního tlaku
- Neklid a agitovanost
- Při léčbě deprese přesmyk do mánie(Raboch, Pavlovský, 2003; Praško et.al, 2005).

6.4. Transkraniální magnetická stimulace

Transkraniální magnetická stimulace (TSM) je cílená lokální aplikace pulsního magnetického pole na mozek, kde indukce elektrického pole vyvolá depolarizaci neuronů. Cílem je přímá inhibice nebo stimulace mozkové kůry. Zkouší se u afektivních a úzkostných poruch. U schizofrenie byla úspěšně použita k ovlivnění farmakorezistentních sluchových halucinací, kde jsou při použití zobrazovacích metod nacházeny odchylky ve složení bílé hmoty. (Malá, 2005) Všechny ostatní alternativní terapeutické přístupy, jako je inzulinové nebo atropinové kóma, mozková chirurgie či megavitamínová terapie, selhávají. (http://www.darius.cz/archeus/NN_schiz.html)

6.5. Psychoterapie

Pro další vývoj a kvalitu života je nutná psychoterapie, socioterapie a edukace nemocného a jeho blízkých. Nejčastěji se provádí psychoedukativní terapie, kognitivně – behaviorální terapie a individuální /rogersovská, integrovaná, aj./, skupinová i rodinná psychoterapie. Je vhodná i pracovní rehabilitace.

Zpočátku je hospitalizace nezbytná, po zvládnutí akutního stavu je indikována následná péče. Mnoho schizofreniků má po atace výrazně sníženou kapacitu sociálních, pracovních a

psychologických funkcí. Komplexní terapeuticko – psychologicko – sociální přístup pomáhá aktivovat pozitivní síly a zlepšuje kvalitu života. (Praško, 1998)

Aby se mohl nemocný s onemocněním účinně vypořádat, měl by mít dostatek informací o nemoci a měl by si osvojit tzv. „zacházení“ s příznaky. Naučí se to během psychoedukace. V podstatě jde o školení, poskytování rad nebo prostě povídání o všem, co nemocného zajímá. Konkrétně se nemocní naučí rozpoznat časné varovné příznaky, ohlašující zhoršení nemoci, a dozvědí se, co udělat, když se vyskytnou. Jedním z možných hlavních témat mohou být i léky a nutnost jejich užívání. (Praško et al., 2005)

Podpůrná psychoterapie je nezanedbatelnou součástí terapie schizofrenie, zvláště vzhledem k rozsáhlému okruhu problémů, kterým musí nemocný čelit. Pacient se vypořádává s tím, že onemocněl, že možná nedosáhne toho, co si v životě předsevzal, že přichází o přátele, protože se mu s nimi obtížně komunikuje, že musí užívat léky atd. O tom všem si povídá s terapeutem. Cílem není měnit osobnost člověka, ale poskytnutí porozumění, podpory a pomoci. Podpůrná psychoterapie klade důraz na pozitivní rysy osobnosti pacienta, vede k pozitivnímu myšlení a důvěře ve vlastní síly a pomáhá při zvládání aktuální situace a momentálních problémů. (Kratochvíl, 1997) Tato psychoterapie probíhá mezi čtyřma očima, nebo ve skupině více nemocných. Obojí má své výhody a nevýhody, ale každý by měl mít možnost si vybrat, který způsob terapie je pro něj vhodnější. (Vymětal, 2003; 1995)

K navázání terapeutického vztahu se schizofrenním pacientem a k získání jeho důvěry se nám osvědčil přístup C.R. Rogerse, který je založen na nedirektivním způsobu terapie, na opravdovosti, vstřícnosti a respektu ke klientovi a jeho problémům. (Vymětal, 1996) Kratochvíl tvrdí, že jedním z významných motivačních faktorů u člověka je podle Rogerse tendence k sebeuskutečňování. Je přesvědčen, že člověk je v podstatě dobrý a pokud pacientovi poskytneme příznivé podmínky, které lze vytvořit chápající, nemanipulující atmosférou důvěrného vztahu, bude se vlivem svých vnitřních sil znovu rozvíjet kladným zdravým směrem. Úkolem terapie je uvolnění cesty existujícím potencím v klientovi a pak již léčebný proces pokračuje sám. (Kratochvíl, 1997)

Důležitým pojmem v rogersovské teorii je pojem kongruence. Je definován jako shoda mezi prožitky přítomnými v organismu a tím, jak jsou symbolizovány v „já“. Inkongruence je zase rozpor mezi prožitky pacienta a vnímáním těchto prožitků, což má za následek zkreslené uvědomování „já“. Vysoká míra kongruence je známkou duševního zdraví jedince, nízká míra zase svědčí o patologii. (Drapela, 1997)

Být sám sebou neznamená držet své prožívání pod nějakou maskou, udělat z něj nějakou formu nebo strukturu. Spíš to znamená objevit jednotu a harmonii, která je přítomna ve skutečných pocitech a reakcích. Opravdové, skutečné JÁ je tedy něco, co můžeme celkem pohodlně najít ve svém prožívání a ne něco nad ním nebo mimo něj. Zdá se, že člověk postupně bolestivě zkoumá co je za maskami, které ukazuje světu a také za maskami, kterými klame sám sebe. Často velmi intenzivně prožíváme různé prvky sebe samého, jež byli dosud skryté. Tak se stále více a více stáváme sami sebou – ne jen konformní fasádou, ne cynickým popřením všech pocitů, ne intelektuální racionalitou, ale živým, dýchajícím, cítícím, měnícím se procesem. Zkrátka, stáváme se člověkem. Celkově se tedy zdá, že pokud je klient otevřenější vůči svému prožívání, zjistí, že může svému organismu (sám sobě) více důvěřovat. Méně se obává svých emocionálních reakcí. Postupně roste jeho důvěra a dokonce láska ke komplexní, bohaté a pestré kolekci pocitů a tendencí, které jsou člověku přirozeně dány. Vědomí už není strážcem množství nebezpečných a nevypočitatelných impulsů, pocitů a myšlenek, které ukázaly, že se velmi dobře řídí sami, i když je nikdo nehlídá.

Další věcí, která je v tomto procesu dost zřejmá, se týká zdroje anebo centra rozhodování a hodnocení. Jedinec si začíná stále více uvědomovat, že toto centrum rozhodování a hodnocení se nachází v něm samotném. Stále méně a méně hledá schválení či neschválení svých činů, norem pro svůj život, u druhých. Přichází na to, že rozhodnout se musí sám, že jediná otázka na které záleží, je: „Žiji tak, aby mě to opravdu uspokojovalo a abych to byl opravdu já?“ Právě to, je ta nejdůležitější otázka každého tvořivého člověka. Měl by si uvědomit, že je ten, kdo rozhoduje. Je tím, kdo určuje hodnotu svého prožitku. Je to povzbuzující, ale zároveň i ohrožující představa.

Poslední charakteristikou lidí, kteří se snaží objevit sami sebe je zjištění, že jsou mnohem spokojenější, když se stanou procesem a ne produktem. Když klient vstupuje do terapeutického vztahu, obvykle si přeje dosáhnout nějakého konkrétního konečného stavu. Chce, aby se jeho problémy vyřešili, aby byl úspěšný v práci, aby se jeho manželské problémy vyřešili. V terapeutickém vztahu pak opouští tyto konkrétní cíle a uvědomuje si, že není fixní entitou, ale procesem stávání se. Znamená to, že člověk je plynulý proces, ne fixní, statická entita. Je tekoucí řekou změn, ne kusem pevného materiálu, je neustále se měnící soustavou možností, ne předem daným počtem vlastností. Podle Rogerse si každý člověk klade dvě základní otázky: „Kdo jsem?“ a „Jak se mohu stát sám sebou?“ Z výše zmíněném textu vyplývá, že se v příznivém terapeutickém ovzduší odehrává proces stávání se člověkem, že během něj člověk odhazuje jednu

obrannou masku za druhou, že plně prožívá své skryté stránky. Díky těmto odhalujícím zážitkům objevuje cizince, který dlouho žil skrytý za maskami. Cizince, kterým je on sám. (Rogers, 1996)

V dlouhodobé práci s duševně nemocnými pacienty se tento výše zmíněný přístup poměrně dobře osvědčil. Pacienti hledají sami sebe a znovu se objevují. Rogersovská psychoterapie může být dobrým vodítkem pro takový proces.

V dalších fázích psychoterapeutické péče lze pak využít i jiných forem psychoterapie. Volba psychoterapeutických metod je pak závislá především na okolnostech a potřebách klienta/pacienta.

Možnou volbou může být integrovaná psychoterapie, jejímž cílem je získat všestranný obraz o pacientovi a pomoci mu docílit příznivé změny ve všech oblastech jeho života. (Knobloch, Knoblochová, 1993)

Kognitivně behaviorální terapie je zase vhodná u chronických bludů nebo halucinací, jež přetrvávají i přesto, že pacient užívá léky. Dále bývá úspěšně používána při depresi a úzkostných stavech, které přetrvávají i po odeznění psychotického stavu. Jde o léčbu, která se snaží ovlivnit kognitivní neboli poznávací a hodnotící funkce a následné chování. K léčbě se KBT používá již více než 50 let. (Bond, Dryden, 2002) Terapeut se spolu s pacientem snaží najít způsob, jak uvažovat konstruktivněji a jak omezit vliv příznaků nemoci na jeho chování. Pomáhá tím vlastně pacientovi porozumět příznakům a testovat je, snížit tak míru nepohody, jejich vliv na chování a frekvenci, míru a přesvědčení o jejich pravdivosti. (Praško et al., 2003) V tomto typu léčby je tedy pomáhá terapeut pacientovi, aby si uvědomil svůj způsob zkresleného myšlení a nefungujícího jednání. Léčba má poskytovat příležitost pro nové učení. Důležitou součástí takové léčby je i systematické řešení problémů spojených s onemocněním nebo s běžným životem. Mezi terapeutem a pacientem je nutné vytvoření takového vztahu, který umožní oběma zúčastněným stranám otevřeně spolupracovat. (Rylle, Kerr, 2002) Terapie bývá většinou časově omezena a směřuje k cílům, které byly dopředu společně dohodnuty. (Kratochvíl, 1997)

Cílem takové terapie často není samotná léčba schizofrenie, ale jde o zmírnění utrpení pacienta, zlepšení jeho sebeobrazu a hlavně zlepšení celkové kvality jeho života. (Možný, 1996) K terapeutické práci u psychotických pacientů také patří podrobné vyšetření bludů, kdy terapeut postupuje podle následujícího schématu:

1. Zjištění spouštěcích událostí.
2. Zjištění emocí a chování.

3. Zkoumání bludných přesvědčení (přesvědčivost, rozsah, formování, důkazy pro..)
4. Zkoumání dysfunkčních schémat(Možný, 1996).

K hlavním rysům terapeutického přístupu KBT patří:

1. Krátkost a časová omezenost – většinou do 20 sezení, ale výjimečně může být i déle. U schizofrenních pacientů je tato podmínka krátkosti často nesplnitelná.
2. Otevřená aktivita a spolupráce jako základ terapeutického vztahu mezi pacientem a terapeutem.
3. Východisko v teoriích učení.
4. Zaměření na přítomnost.
5. Zaměření na konkrétní vymezení a ohraničení problému, ale je třeba aby terapie byla dostatečně pružná.
6. Zaměření na to, co je vědomé a pozorovatelné.
7. Stanovení konkrétních cílů, u psychotických pacientů jsou to menší a skromnější cíle. /viz.text pod bodem 9./ Terapie postupuje obvykle pomaleji.
8. Směřování k soběstačnosti klienta, procvičováním získává dovednosti, zvládá situace a zvyšuje si pocit vlastní zdatnosti.
9. Terapie klade důraz na vědeckost. Sbírá konkrétní fakta, měří frekvenci, trvání i míru závažnosti problémového chování, vytváří hypotézy a ty pak empiricky prověřuje(Kratochvíl, 1997).

Postup, jak plánovat a dosahovat jednotlivých cílů popisuje Možný ve svém článku (Možný, 1996). Jde o postup, který vychází z kognitivně - behaviorální terapie a je založen na systematickém postupu řešení jednotlivých problémů spojených s onemocněním:

1. Je třeba určit oblasti, potíže a problémy, kde je nutno provést změnu.
2. Ke každému problému je nutné přiřadit potřebu.
3. Musíme určit přednosti a prostředky, které jsou k dispozici.
4. Určíme potřebu, na kterou se terapie zaměří.
5. Vymyslíme možnosti, jak danou potřebu uspokojit.
6. Stanovíme reálný cíl a kroky k jeho dosažení.
7. Vypracujeme plán těchto kroků nebo je přímo nacvičujeme.

8. Zhodnotíme uskutečnění plánu.
9. Naplánujeme, jak udržet a případně rozšířit dosaženou změnu.
10. Zvolíme další potřebu, na kterou se terapie zaměří.

Kognitivní problémy se běžně projevují jako problémy s plánováním, zahajováním a načasováním nějaké činnosti. Nastanou – li případné změny, má nemocný problém s přizpůsobením se situaci. Kognitivní rehabilitace často využívá k tréninku těchto funkcí také počítačové programy, ale lze je trénovat i jinak. Například je možné rozložit složité problémy do menších a řešit je jednotlivě. (Green, 2000)

Nácvik sociálních dovedností zase slouží k řešení mezilidských problémů všedního dne. Jedná se například o schopnost zahájit konverzaci, vyjádřit nesouhlas s názorem druhého, „utéci“ ze stresové situace, pozvat někoho blízkého ke společným zájmům apod. (Belz, Siegrist, 2001)

Některé společenské interakce jsou složité, kdy je nutné zpracovávat mnoho informací najednou, a mohou představovat pro nemocného velkou zátěž. Důsledkem může být selhávání v běžné každodenní komunikaci a následné prohlubování sociální izolace. *„Řeč schizofrenika představuje komunikaci na odlišné rovině abstrakce, zpravidla konkrétnější než běžný jazyk, často bohatou na slovní hříčky, nezvyklé analogie a metafory.“* (Bruchová, 1997, s.67)

Lidé trpící duševním onemocněním /například schizofrenií/ mají sociální dovednosti často nedostatečné. Podle Praška bývá nejčastěji příčinou to, že:

- Někteří se vzhledem k ranému počátku nemoci přiměřenému sociálnímu chování dostatečně nenaučili.
- U jiných došlo v důsledku akutních psychotických příznaků ke zhoršení sociálních dovedností.
- Jiní je v důsledku sociální izolace přestali používat a zapomněli (Praško et al., 2005).

Lidé, kteří prožívají nebo prožili psychózu, jsou velmi citliví na stres v mezilidských vztazích. Ten pak dále zhoršuje jejich psychický stav a může být spouštěčem k relapsu. Nácvik sociálních dovedností zvyšuje odolnost proti tomuto stresu. (Penn, 1996) Trénink pomáhá nemocným správně odečíst, co se v dané sociální situaci děje, a adekvátně na to reagovat.

Základní dovednosti, které se v rámci nácviku sociálních dovedností nacvičují, jsou:

- Dovednosti správně vnímat a porozumět.
- Sdělování pozitivních informací /pochval,ocenění/.
- Nácvik komunikačních dovedností - zahájení, udržování a ukončení krátkého rozhovoru.
- Projevení negativní emoce adekvátním, přiměřeným způsobem.
- Sebeprosazení /nácvik asertivity/.
- Dovednost najít kompromisní řešení.
- Nácvik řešení konkrétních problémů /často rodinných/ jednotlivých pacientů v jejich současném životě.
- Zvládání příznaků a projevů nemoci.
- Zvládání medikace
- Schopnost navázat přátelství nebo známost.
- Naučit se aktivně vyplňovat svůj volný čas. (Praško et al., 2005; Možný, 1996)

Rodina hraje nepopíratelně důležitou roli v léčbě duševně nemocného člověka. Dle některých autorů může zapojení rodiny do léčby snížit výskyt relapsů asi o 20 %, proto je třeba věnovat psychoedukaci a psychoterapii rodinných příslušníků také velký prostor. Nejčastěji se tak děje prostřednictvím terapeutických skupin.(Kratochvíl, 1995) Rodinní příslušníci sami identifikují komunikační problémy, které mohou zhoršovat průběh uzdravení, a trénují komunikaci vhodnější.(Pines, Schlapobersky, 2000) Dostane se jim také rad, jak řešit nejrůznější svízelné situace a především to, jak poskytovat emoční podporu nemocnému a sami sobě. Formy rodinné terapie u rodinných příslušníků lze tedy rozdělit do těchto skupin:

- A) Osvětové přednášky pro příbuzné a pacienty – informace o příznacích, příčinách, průběhu, prognóze, terapii a jednání s pacientem.
- B) Krátkodobé programy rodinné terapie – většinou 4 – 8 týdnů:
 1. Rodinná intervence po propuštění z hospitalizace, sezení s celou rodinou, kdy v první fázi probíhá edukace rodiny a pacienta a ve fázi druhé se snažíme společně identifikovat stresory, probíhá nácvik zvládání stresorů, ověřujeme praktické použití získaných dovedností a učíme, jak stresorům předcházet.

2. Podpůrné poradenství pro příbuzné hospitalizovaných pacientů – otevřená skupina rodinných příslušníků, která se schází 1x týdně. Cílem této skupiny je edukace, sdílení emocí, řešení problémů, vzájemná podpora a sdělování zkušeností.

C) Dlouhodobá rodinná terapie, která probíhá od 9 do 24 měsíců, ale v některých případech i déle. (Možný, 1996)

Dalším typem psychoterapeutické pomoci lidem, jež trpí duševním onemocněním, je také skupinová psychoterapie. *„Skupinová psychoterapie psychóz má některé specifické rysy a vyžaduje odlišný přístup než skupinová psychoterapie neuróz. U terapeuta je potřebná větší aktivita, podněcování, povzbuzování, podpora a strukturování skupinového dění. Musí vybízet a podněcovat členy k aktivitě. Terapeut nemůže být nedirektivní, musí rozběhnout skupinové dění a udržovat je v chodu. Má zajistit podporu a klást důraz na dění „zde a nyní““.* (Kratochvíl, 1997, s.256)

U některých autorů se můžeme setkat s myšlenkou, rozdělit skupinu na dvě podskupiny. Jedna skupina je pro pacienty, kteří jsou již v poměrně dobrém psychickém stavu a ta druhá pro pacienty s výrazně akutní symptomatikou. (Yalom, 2007) V obou skupinách se ale terapeut řídí již zmíněnými pravidly. Je třeba, aby projevoval opravdový zájem o psychotického pacienta, aby společně vytvořili kladný emoční vztah. Terapeut by také měl být trpělivý, tolerantní, ochraňující a povzbuzující. (Bloch, Rouch, 1985)

Skupiny bývají rozdílně strukturovány. Ve skupinách, kde jsou pacienti v lepším duševním stavu se snažíme podporovat kladné chování, zajistit bezpečné prostředí, konflikty ve skupině nevyvolávat a ty vzniklé, rychle řešit. Upozorňujeme na dobré stránky pacientů a posilujeme jejich sebevědomí. Zpětná vazba by měla být převážně pozitivní a pokud je přece jen kritická, má být velmi šetrná a má se týkat pouze toho, co je pacient schopen změnit. (Syřišťová et al. , 1989)

Sezení skupin s pacienty, u nichž se stále ještě objevují akutní psychotické příznaky, bývá zpravidla kratší, asi 45 minut. Obsahují nějakou pohybovou techniku k rozproudění a pak strukturovaná cvičení. Vybíráme takové skupinové úkoly, aby v nich byli pacienti co nejúspěšnější a tím podporujeme jejich sebedůvěru. Dalšími úkoly mohou být tématické diskuse, vybíráme taková témata, která pacienty pozitivně naladí. (Kratochvíl, 1997; Mace, Margison, 1997)

Podpůrnými technikami při léčbě duševních onemocnění jsou relaxační techniky. Nejčastěji používanou metodou je autogenní trénink. (Kratochvíl, 1997) Jeho nižší stupeň s navazujícími individuálními formulkami je nenásilnou metodou, jak učit duševně nemocné relaxovat a zklidňovat svoje pocity. Některé pocity se cvičí hůře než jiné, důležité však je, o jednotlivých pocitech mluvit, zpětně relaxaci hodnotit a analyzovat. Formulky bývají většinou zaměřeny na posílení sebedůvěry. Autogenní trénink cvičí pouze pacienti, kteří jsou v poměrně dobrém psychickém stavu.

Při léčbě psychotické poruchy mají také kresby a obrazy určitou terapeutickou hodnotu. Nemocný může ve svých kresbách vyprávět o svých nevědomých problémech a znovu je prožívat. (Moschini, 2005) Díla těchto pacientů často vypovídají o vzácném estetickém smyslu, který se snoubí s neobvyklou originalitou. Nejvýraznější sklony, s kterými se na kresbách duševně nemocných setkáváme, jsou erotické povahy. Barvy na kresbách a obrazech bývají hutné, volené bez ohledu na komplementaritu nebo zase naopak monotónní, smutné a tmavé. (Davido, 2001)

Dále je třeba se ještě zmínit o pracovní rehabilitaci, která pomáhá nemocnému opět získat ztracené pracovní návyky a dovednosti, o které byl nemocí připraven. Jednou ze základních myšlenek je také odvrácení pozornosti od sebe sama a její zaměření na užitečné záležitosti. (Benesch, 2001) Opět je důležité s pacientem individuálně pracovat, vytvořit terapeutický plán s jednotlivými cíli a brát pracovní rehabilitaci jako součást komplexní péče.

V praxi se poslední dobou osvědčuje systém podporovaného zaměstnávání, kdy nemocný pracuje mezi zdravými lidmi a je chráněn tím, že vykonává jednodušší práci s menšími nároky, které se mohou časem i zvyšovat.

Na závěr této kapitoly bych ještě ráda v krátkosti věnovala pozornost tzv. chráněnému bydlení, které má napomáhat osamostatnění pacienta za pomoci sociálních asistentů a spolubydlících. Jde o důležitou část sociální rehabilitace, jež pomáhá nemocnému naplnit plnohodnotně svůj vlastní život. Také se zde pacienti učí žít nezávisle na své rodině, což může být v některých případech i nutností.

7. Camberwellský dotazník mapování potřeb

V oblasti duševního zdraví se kvalita života chápe jako rozhodující činitel pro hodnocení účinnosti terapeutických programů, které se nezaměřují jen na redukci symptomů, ale pomáhají klientovi/pacientovi navrátit se do jeho přirozeného prostředí. Metody hodnotící kvalitu života u cílové skupiny dlouhodobě duševně nemocných většinou obsahují tzv. objektivní a subjektivní hodnocení kvality života. S různou mírou úspěšnosti se potýkají s problémy spojenými se subjektivním hodnocením kvality života u duševně nemocných.

7.1. Co je to potřeba

Za základ, od kterého se odvozuje soustava motivačních vlastností osobnosti, se nejčastěji v literatuře uvádí potřeby a zájmy. Uspokojování určitého souboru potřeb bývá označováno za nejzákladnější podmínku bio-psycho-sociální existence člověka jako takového a rozvoje svébytné osobnosti. Nutnost potřeby se promítá do vědomí jako subjektivně pociťované strádání, prožívání nedostatku něčeho, co daný jedinec považuje za nepostradatelné. Potřeby se tak stávají hybnou silou aktivity člověka a obsahem motivace lidské činnosti jedině tehdy, když se objevují v psychice ve formách uvědomění a prožívání. Na bázi potřeb vyrůstají zájmy jako ukazatele potřeb v podobě vztahu člověka k určitým předmětům a jevům. (Mikšík, 2003) „*V síle jednotlivých potřeb se lidé velmi různí.*“ (Nakonečný, 1998, s.466)

Struktura motivačních vlastností osobnosti se utváří a rozvíjí na bázi vrozených (základních, primárních) potřeb v procesu interakce s reálnými podmínkami vlastní existence, v procesu činnosti a vztahů s objektivní realitou. (Balcar, 1991; Nakonečný, 1996)

K průniku do struktury motivačních vlastností osobnosti je třeba rozlišit potřeby na:

1. Potřeby základní (primární), jež jsou potřebami vrozenými. Tyto potřeby lze vymezit podle těchto kritérií: biotickým, animocentrickým, antropocentrickým. Základní potřebou rozumíme komplex vrozených motivačních tendencí, jejichž uspokojování je nevyhnutelné pro existenci a rozvoj člověka jako přírodního a současně společenského tvora. „*Představují pudící výbavu společnou všem lidem vůbec.*“ (Mikšík, 2003, s.100) Jde o potřebu zachování vlastního života, potřebu sexuální, poznávací, potřebu sociálního kontaktu a potřebu seberealizace. Jejich nedostatečné uspokojování ohrožuje samotnou existenci lidského jedince, je provázeno psychickou trýzní ze strádání, jemuž se říká deprivanční syndrom.

2. Potřeby druhotné (odvozené, sekundární, kulturní), které vznikají v procesu života daného jedince jako specifikace základních potřeb. V literatuře nalézáme takovéto členění: potřeby morální, intelektuální, estetické a potřeby určitého obsahu a způsobu života, druhu činnosti, kulturního vyžití, styku s lidmi. I když se jedná o potřeby sekundární mohou výše uvedené potřeby pro určitého jedince představovat primárnost co do významu. Jejich neuspokojení pak může vyvolávat podobný pocit trýzně jako neuspokojení potřeby základní. Odborná literatura mluví o frustraci. Sekundární potřeby tedy vznikají a rozvíjejí se v závislosti na podmínkách individuální existence. (Mikšík, 2003; Nakonečný, 1996)

7.2. Potřeba a její vydefinování pro dotazník CAN - C

Jednotný názor na definici potřeb nebo na jejich měření neexistuje. (Říčan, 1972) Existují různá pojetí potřeby. Atkinson et al. ve své knize říká, že Maslow zavedl hierarchii potřeb, když se pokoušel formulovat teorii lidské motivace. Předpokládal, že potřeby na vyšších úrovních se stávají důležitými jen tehdy, když jsou alespoň částečně uspokojeny potřeby nižší nebo základní. (Atkinson et al., 1995; Nakonečný, 1995; Jiránek, Souček, 1969)

Podle Nakonečného H.A.Murray říká, že potřeba označuje interně nebo externě excitovatelnou, v mozku spočívající sílu, která je subjektivně prožívána jako popud nebo nucení k jednání, a sice takovým způsobem, aby bylo dosaženo cíle, který je pro toho, kdo jedná užitečný nebo příjemný ve vztahu k situaci, jež vyvolala cílově orientované chování. (Nakonečný, 1998)

Po Maslowovi a Murrym vznikaly další přístupy k definování potřeby s ohledem na zdravotní péči. Podle Probstové et al. definuje Brewin přítomnost potřeby, když úroveň fungování člověka klesá, nebo hrozí, že klesne pod určitou úroveň, a když je zde vyléčitelná nebo potenciálně vyléčitelná příčina. Pojednává o potřebě jako o objektivním nedostatku, který může být nahlížen ze tří různých hledisek. První je nedostatek zdraví nebo pohody, druhým hlediskem je nedostatečný přístup k adekvátní úrovni péče a třetím hlediskem je nedostatek specifických intervencí profesionálů, zahrnující léčbu i sociální podporu. (Probstová et al., 2006)

Stejní autoři tvrdí, že Bradshaw načrtnul uživatelem vnímanou potřebu, normativní potřebu zjištěnou profesionály a srovnávací potřebu, která vznikne srovnáním s jistou skupinou osob.

Takový přístup zdůrazňuje, že potřeba je subjektivní pojem a že přítomnost nebo nepřítomnost potřeby závisí na tom, čím hledisko vezmeme v úvahu. (Probstová et al., 2006)

Pro náš výzkum jsme si potřebu definovali takto: potřeba je schopnost mít nějaký užitek ze zdravotní a sociální služby. Za přítomnost potřeby v našem slova smyslu se považuje, když úroveň fungování /sociální neschopnosti/ klesne, nebo hrozí, že klesne pod určitou definovanou úroveň, a současně existuje potenciální možnost vyléčení /možnost intervence/.

Potřeba je naplněna, když se problém řeší poskytnutím takové péče, která je alespoň částečně efektivní, a když neexistuje žádný jiný druh péče, který by byl efektivnější. Potřeba je nenaplněna, pokud se problém řeší poskytnutím málo efektivní nebo žádné péče, i když existují efektivnější formy intervence. (Probstová, Stuchlík: materiál ze školení k dotazníku CAN, Pardubice 2009)

V našem výzkumném projektu jsme si dali za úkol zmapovat potřebu dle pohledu uživatele služeb, tedy z pohledu klienta - člověka s duševním onemocněním a pečovatele, nejčastěji zdravotního personálu, jež o pacienta pečuje.

Dlouho přetrvávalo hodnocení potřeb uživatelů služeb/pacientů pouze z pohledu profesionálů. Pohled klinického pracovníka však často dostatečně nezohledňuje názor uživatele.

7. 3. Popis dotazníkových metod používaných pro hodnocení potřeb duševně nemocných

Potřeby duševně nemocných bývají často definovány z pohledu sociální nezpůsobilosti. Lidé dlouhodobě potřebují psychiatrické služby především tehdy, pokud jsou jejich problémy spojeny s potížemi v sociálním fungování. Sociální faktory se proto u duševního onemocnění považují za rozhodující pro další průběh nemoci.

Potřeby v oblasti zdraví mohou obvykle zahrnovat tyto aspekty:

- kognitivní funkce
- chování
- fyzické zdraví
- interpersonální fungování /sociální fungování a zvládání sociálních rolí/

Nástroje, které hodnotí zvládání sociálních rolí obvykle mapují schopnost člověka zvládat své role v nejdůležitějších životních situacích jako je práce, péče o sebe, vztahy apod..

Metodou, která se snaží o zachycení potřeb a problémů spojených se zvládáním sociálních rolí u lidí se závažným duševním onemocněním, je Camberwellský formulář pro hodnocení

potřeb / CAN – Camberwell Assesment of Need /, který byl poprvé publikován Phellanem et al. v roce 1995. (Probstová et al., 2006)

Příručka pak vychází v roce 1999 a na jejím vzniku a překladu do češtiny spolupracuje kolektiv autorů z londýnského Psychiatrického institutu při King's College, sekce komunitní psychiatrie /PRISM/.

„CAN mapuje zdravotní a sociální potřeby závažně duševně nemocných. Potřeby upozorňují na oblasti, ve které může péče či terapie pomoci. Potřeby tedy nejsou totožné s přáním, ale je to „schopnost mít nějaký prospěch ze zdravotní a sociální péče“. Účelem šetření je zjistit, ve kterých oblastech uživatel péče potřebuje pomoci /nenaplněná potřeba/, ve kterých oblastech se mu ji dostalo /naplněná potřeba/ a ve kterých oblastech žádnou pomoc nepotřebuje.“ (Probstová et al., 2006, s.12)

Metoda CAN existuje ve třech verzích, jež jsou přeloženy a používány v ČR:

- krátká verze CANSAS
- verze klinická CAN – C (verze, která je použita v našem výzkumu)
- výzkumná verze CAN – R

Další verze, které nejsou přeloženy do českého jazyka:

- CANFORD – forenzní verze
- CANDID – dospělí s vývojovými a intelektovými obtížemi
- CANE - senioři

Výhody metody CAN jsou:

- měří potřeby uživatele péče a pomoc okolí
- získává informace z okolí pacienta
- takto získané informace jsou východiskem pro další šetření, případně léčbu
- tuto metodu lze použít při zahájení péče jako východisko k sestavení terapeutického plánu
- je možné ji opakovat v určitém časovém intervalu / můžeme tak měřit efektivitu intervencí nebo kontrolovat individuální plán/
- dochází zde k rozvoji tzv. „sdíleného porozumění“, které může mít velkou terapeutickou hodnotu a bývá základem práce některých služeb (Alanen, 1997 Finsko podle Probstová, Stuchlík přednáška Pardubice 2009)

- administrace tohoto dotazníku trvá asi 30 minut a je také možné rozdělit šetření do několika částí
- není potřeba nějakého systematického tréninku, stačí nácvik intertestové reliability

V literatuře se ještě dále setkáváme s těmito nástroji:

MRC Needs for Care Assessment – NFCAS je vyplňován profesionálem nebo výzkumníkem a poskytuje „objektivní hodnocení“ potřeb. V dotazníku se hodnotí devět klinických oblastí a jedenáct oblastí sociálního fungování, jako jsou psychotické symptomy, neurotické příznaky, demence, strach, osobní hygiena, práce v domácnosti apod. (Probstová et al., 2006)

Cardinal Needs Schedule je modifikovaná verze předchozího dotazníku. Identifikuje problémy, které splňují tři kritéria:

1. pacient chce, aby mu s problémem někdo pomohl
 2. problém způsobuje značnou úzkost, frustraci nebo nepříjemnosti lidem, kteří se o pacienta starají
 3. problém ohrožuje zdraví nebo bezpečnost pacienta, popř. bezpečnost jiných lidí.
- (Probstová et al., 2006)

Berliner Needs Assessment Schedule je dotazník subjektivního hodnocení pacienta. Ten hodnotí své potřeby pomoci nebo podpory v šestnácti oblastech a hodnotí zde pouze přítomnost nebo nepřítomnost potřeby. (Probstová et al., 2006)

Bangor Assessment of Need Profile se skládá ze sebehodnotícího formuláře, který krátce a jednoduše zjišťuje vyjádřené potřeby lidí s dlouhodobým duševním onemocněním, a formuláře k hodnocení potřeb, které vnímá ošetřující pracovník. (Probstová et al., 2006)

Další z řady instrumentů, který našel uplatnění, je Profil životních dovedností (LSP), který ve třiceti devíti otázkách mapuje různé oblasti života. Tento dotazník opět vyplňuje poskytovatel péče.

Ještě nalézáme různé metody mapující dostupnost psychiatrických, psychologických či sociálních služeb pro pacienty s dlouhodobým duševním onemocněním. Nenaplněné potřeby v této oblasti mohou ukazovat také na problém v dostupnosti těchto služeb.

Výzkumná část

1. Šetření metodou CAN - C

Camberwellský dotazník mapování potřeb byl do českého prostředí adaptován týmem odborníků z Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví. Poprvé byla tato metoda použita u 123 klientů (I.kolo) a 88 klientů (II.kolo) ve čtyřech typech služeb v pěti regionálních sdruženích organizace Fokus, s cílem zkvalitnit hodnocení psychiatrické rehabilitace v komunitních službách pro duševně nemocné.

Rozhodli jsme se, že zde uvedeme některé výsledky výše zmíněného výzkumu, abychom je porovnali s výsledky našeho výzkumného projektu. Obě práce mapují potřeby duševně nemocných pacientů, ale v některých bodech se přece jen liší.

Rozdíly nacházíme v množství respondentů, dále v typu služby, kde mapování probíhalo, také časové možnosti v našem výzkumném projektu byly jiné než ve výzkumu J.Stuchlíka a P.Říčana. Pro zpracování dat byly sice použity různé statistické metody, ale závěry ke kterým oba výzkumy docházejí, se v podstatných bodech shodují.

1.1. Zkušenosti s použitím metody CAN – C, výzkum J.Stuchlíka a P.Říčana v roce 2007

Do pilotního souboru tohoto výzkumu byli vybráni klienti s onemocněním schizofrenního okruhu, u nichž tazatelé předpokládali, že budou služby Fokusu využívat nejméně šest měsíců. Většinu respondentů tvořili klienti komunitních týmů /65 %/, dále pak klienti chráněných dílen a center denních aktivit, a nejmenší skupinu pak tvořili klienti chráněných bydlení.

Dotazník také vyplňovali pracovníci jednotlivých organizací Fokus - Mladá Boleslav, Ústí nad Labem, Praha, Mělník, Tábor, Vysočina a hodnotili zde stav svých klientů z pohledu školeného odborníka.

Nástroj CAN – C byl autory vybrán z několika důvodů. Nabízí komplexní pohled – kombinuje pohled uživatele s pohledem pečovatele. Další výhodou je, že není nutné nějak složitě a dlouhodobě vzdělávat personál ke sběru dat a je možné s ním pracovat hned po několikahodinovém zácviku intertestové reliability. Nepředstavuje ani neúměrnou časovou zátěž pro pacienta nebo profesionála. A zcela zásadní výhodou metody je, že ji lze použít nejenom k souhrnnému hodnocení služeb, ale také k individuální práci s klientem jako pomůcku při získávání anamnestických údajů, mapování potřeb a vytváření rehabilitačního plánu.

Sběr dat probíhal v únoru až březnu 2007 - I. kolo dotazování a následně pak v srpnu až říjnu 2007 – II. kolo dotazování. Listopad a prosinec byl věnován vyhodnocování získaných údajů.

Výsledky tohoto výzkumu byly veřejně prezentovány na webových stránkách Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví a při tréninku metody CAN, který proběhl v únoru 2009 v Pardubicích.

MUDr. Jan Stuchlík a Mgr. Pavel Říčan s výsledky výzkumu také vystoupili na psychiatrické konferenci, která proběhla v roce 2008.

Interpretace výsledků výzkumu Stuchlík a Říčan:

Bylo zjištěno, že vyšší skóre potřeb měli klienti nízkoprahových služeb, jako jsou denní centra a komunitní týmy, nižší skóre se objevilo u klientů chráněných dílen a chráněného bydlení. Nejvyšší skóre v nenaplněných potřebách měli v tomto výzkumném projektu klienti chráněných bydlení, což bylo dáno především položkou finanční prostředky.

Nejčastější potřeby naplněné, tedy oblasti bezproblémové /tab.č.1/:

<i>Podle uživatelů:</i>		<i>Podle poskytovatelů:</i>	
Psychotické symptomy	69 hodnotitelů	Psychotické symptomy	69 hodnotitelů
Psychické potíže	55 hod.	Psychické potíže	62 hod.
Tělesné zdraví	51 hod.	Tělesné zdraví	55 hod.
Denní činnosti	46 hod.	Denní činnosti	51 hod.
Přátelé	40 hod.	Přátelé	43 hod.

V těchto oblastech je vidět shoda mezi pohledy obou hodnotících skupin. Shodují se v tom, že klienti v těchto položkách dostávají adekvátní pomoc.

Nejčastější potřeby nenaplněné, tedy oblasti problémové/tab.č.2/:

<i>Podle uživatelů:</i>		<i>Podle poskytovatelů:</i>	
Přátelé	21 hodnotitelů	Přátelé	31 hodnotitelů
Sexualita	15 hod.	Intimní vztahy	22 hod.

Intimní vztahy	14 hodnotitelů	Psychické potíže	16 hodnotitelů
Psychické potíže	13 hod.	Denní činnosti	14 hod.
Finanční dávky	11 hod.	Finanční dávky	13 hod.

Objevují se rozdíly v pohledu hodnocení uživatelů služeb a profesionálů, kteří s dotazníkem CAN také pracovali. Tyto rozdíly jsou způsobeny jednak tím, že profesionálové jsou školeni k rozeznávání dílčích potřeb, dále pak uživatelé mohou své potřeby buď podhodnocovat, nebo nevidět. Z tabulky č.2 vyplývá, že se pohled uživatele služby mírně liší od pohledu poskytovatele. Pacienti vidí problém v oblasti „sexuality“ a pracovníci tuto položku v hodnocení nenaplněných potřeb nezmiňují, ale objevuje se zde položka „denní činnosti“, kterou profesionálové hodnotí jako nenaplněnou potřebu.

Závěrem můžeme říci, že:

Dotazník CAN – C výrazně zrychluje vstupní mapování stavu klienta, umožňuje včasné rozpoznání blížící se krize, sjednocuje přístup pracovníků ke klientům, umožňuje lépe organizovat a hodnotit práci s klienty, zvyšuje pozornost k tabuizovaným a problematickým tématům jako je sexualita, sebevražedné myšlenky a tendence. Zvyšuje také citlivost k rodinnému systému, ukazuje, kdy by měla být nabídnuta nějaká intervence nebo pomoc i rodinným příslušníkům klienta.

K nedostatkům tohoto výzkumu by jistě mohlo patřit výrazné snížení počtu klientů /z původních 123 na 88 /ve druhém kole. Vypadlo totiž jedno z původně zapojených zařízení Fokus Ústí nad Labem. Fokus Mladá Boleslav zase kvůli nedostatku finančních prostředků omezil fungování v jednom ze svých středisek.

2. Vlastní výzkumná práce

2.1. Cíl výzkumu

Cílem našeho výzkumu je zmapování nenaplněnosti potřeb duševně nemocných pomocí dotazníku CAN - C. Cílovou skupinou výzkumu jsou pacienti s diagnózou schizofrenie a profesionálové z psychiatrického oddělení litoměřické nemocnice, kteří budou hodnotit nenaplněnost potřeb u svých pacientů (klientů). Výzkum bude dále sledovat sociodemografické ukazatele klientů, míru poskytnuté formální a neformální pomoci a využívání služeb psychiatra, psychologa a NNO. Cílem výzkumu je popsat, jaké potřeby vnímají respondenti jako nejvíce nenaplněné. Budeme dále zkoumat, jestli je nenaplněnost potřeb nějak ovlivněna věkem respondentů nebo jejich pohlavím, jak vypadá struktura dat v těchto skupinách a pokusíme se tyto rozdíly interpretovat. Popíšeme dále, jaké jsou rozdíly mezi vnímáním potřeb u pacientů a profesionálů, kteří s nimi pracují a pokusíme se vysvětlit rozdíly mezi hodnoceními. Budeme zkoumat, jak jsou distribuovány nenaplněné potřeby u pacientů, kteří využívají služby psychiatra, psychologa nebo NNO a popíšeme, jak vypadá struktura pacientů, kteří tyto služby využívají.

Zjistíme také jak pacienti a profesionálové hodnotí poskytnutou formální pomoc, tedy pomoc institucí a neformální pomoc, tedy pomoc rodiny a dále požadovanou formální pomoc u těch potřeb, které hodnotili jako nenaplněné. Dále budeme zjišťovat, jak velkou míru pomoci by potřebovali v daných oblastech klienti a porovnáme to opět s tím, jak tuto oblast hodnotí profesionálové.

Výsledky výzkumu budeme srovnávat s výzkumem Stuchlík a spol. a budeme srovnávat zejména nenaplněné potřeby podle pacientů a poskytovatelů.

Definujeme si tyto výzkumné hypotézy:

1. Budeme zjišťovat, zda existují statisticky významné rozdíly v hodnocení potřeb mezi pacienty a profesionály.
2. Budeme zjišťovat, zda existují statisticky významné rozdíly mezi hodnocením potřeb pacienty a pacientkami.
3. Budeme zjišťovat, zda existují statisticky významné rozdíly v hodnocení potřeb pacienty rozdělenými do dvou věkových skupin, do 41 a nad 41 let.
4. Budeme zjišťovat, zda existují statisticky významné rozdíly v hodnocení potřeb u těch, kteří dochází a nedochází k psychologovi.

5. Budeme zjišťovat, zda existují statisticky významné rozdíly v hodnocení potřeb u těch, kteří dochází a nedochází do nějakého programu NNO.
6. Budeme se zabývat mapováním míry pomoci poskytnuté pacientům ze strany rodinných příslušníků a institucí a mírou požadované pomoci, kterou tyto zařízení poskytují.

2.2. Použité metody a popis projektu

Sběr dat probíhal metodou CAN – C /viz. Příloha č.1/ formou strukturovaného rozhovoru, kdy výsledky byly jedním tazatelem zaznamenávány do již připraveného záznamového archu dotazníku /viz Příloha č.2/. Pacienti s vyplněním anonymního dotazníku předem souhlasili. Délka rozhovoru se pohybovala od 30 do 60 minut. Celkově zabralo dotazníkové šetření 79 hodin, dále 15 hodin účasti na skupinovém sezení. Dohromady sběr dat autorce této práce trval 94 hodin v průběhu šesti měsíců /únor až květen, říjen až listopad 2009/. Na začátku února proběhlo jednodenní proškolení tazatelky v Pardubicích pod vedením MUDr. J. Stuchlíka a PhDr. V. Probstové.

2.3. Výzkumný vzorek

Vyšetření 40 pacientů probíhalo od února do května 2009 a od října do listopadu 2009 na psychiatrickém oddělení litoměřické nemocnice. Také bylo tazatelkou vyplněno 40 dotazníků metody CAN – C, kdy byl získán názor profesionálů, kteří hodnotili potřeby svých pacientů/klientů. Vzorek tedy sestává z 80 vyplněných dotazníků, jež mapují potřeby 40 klientů, kteří byli v tomto období hospitalizováni s diagnózou „psychotické onemocnění“.

K individuálnímu sezení nad dotazníkem CAN – C byli pacienti pozváni na společném informativním setkání, které probíhá na psychiatrickém oddělení pravidelně 1x za týden. Údaje o svém životě poskytovali anonymně během individuálního sezení s tazatelkou.

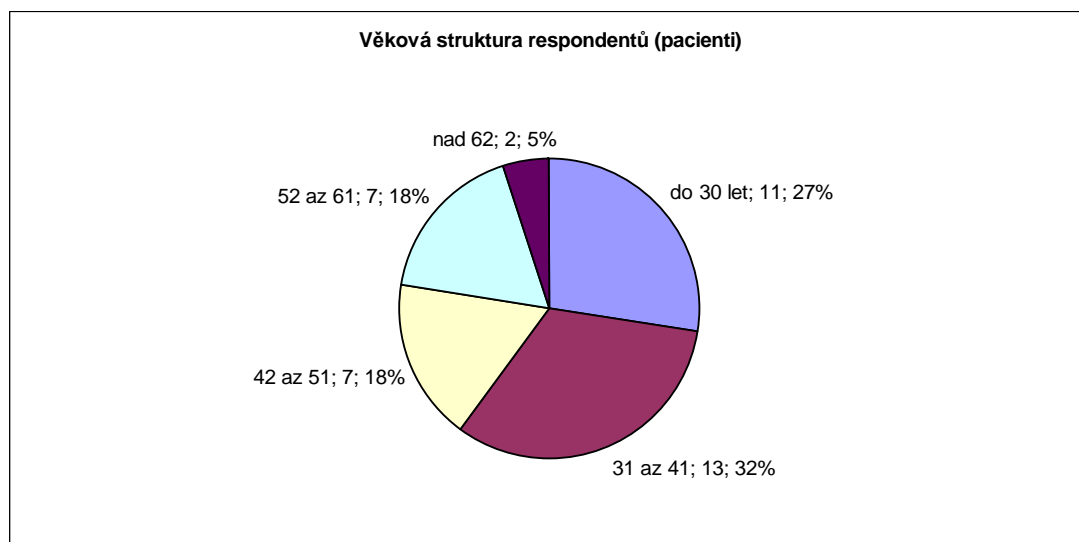
Soubor je sestaven z 20 žen a 20 mužů hospitalizovaných na psychiatrickém oddělení s diagnózou „psychotické onemocnění“.

2.4. Vyhodnocení a interpretace získaných dat

Věková struktura respondentů:

Věk našeho vzorku se pohybuje v intervalu 21 - 80 let. Nejčetněji zastoupenou skupinou jsou respondenti ve věku 31 až 41 let (32%), osoby starší než 62 let jsou zastoupeny pouze 5%. (Graf č.1)

Graf.č.1 Věková struktura pacientů (relativní četnosti, N=40)



Medián věku je 36 let a mody jsou dva 26 a 30 let. Průměrný věk respondentů je 40 let. Směrodatná odchylka je 13,31. (Viz. Tabulka č.1, výpočty dle Zvára, 2003)

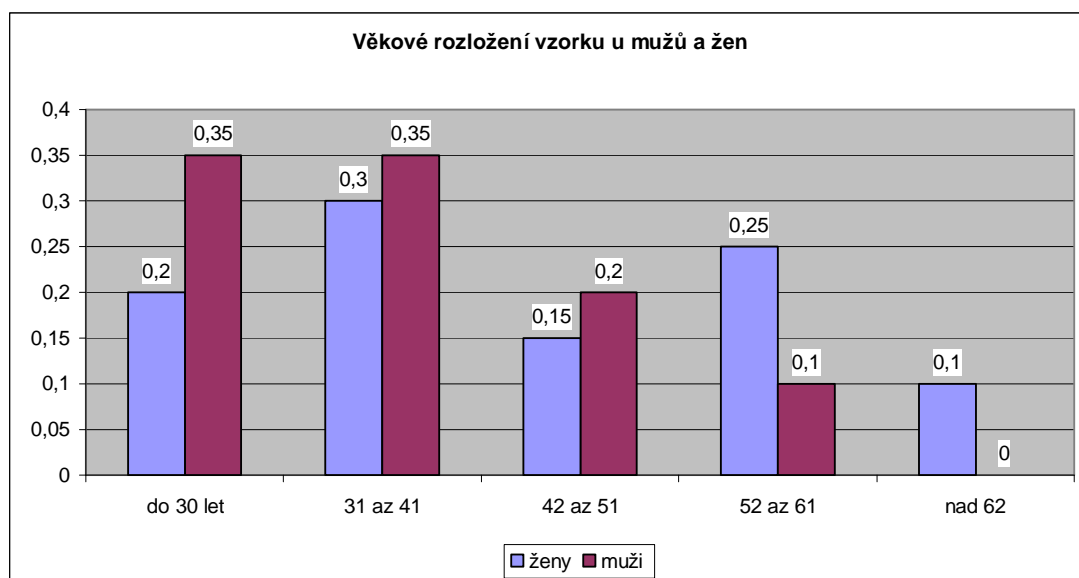
Tab.č.1. Popis výzkumného souboru:

Průměrný věk	40
Modus1, Modus 2	26, 30
Medián	36
Minimum	21
Maximum	80
Rozpětí	59
Rozptyl	177,23
Směrodatná odchylka	13,31

Věk podle pohlaví:

Ženy ve vzorku jsou průměrně o něco starší než muži (průměrný věk u žen 44 let, u mužů 36,5 let). U mužů jsou nejčetnější věkové kategorie do 30 let a 31 až 41 let obě shodně 35%, celkem tedy zastupují 70% respondentů mužů. U žen je nejvíce frekventovaná věková kategorie 31 až 41 let (30%) a věk 52 až 61 let (25%). Za pozornost stojí i věková kategorie nad 62 let, která tvoří 10 % ze skupiny žen, zatímco u mužů se osoby v této věkové kategorii nevyskytují (Graf č.2).

Graf č.2.: Věk mužů a žen ve výzkumném vzorku (relativní četnosti, N=40)

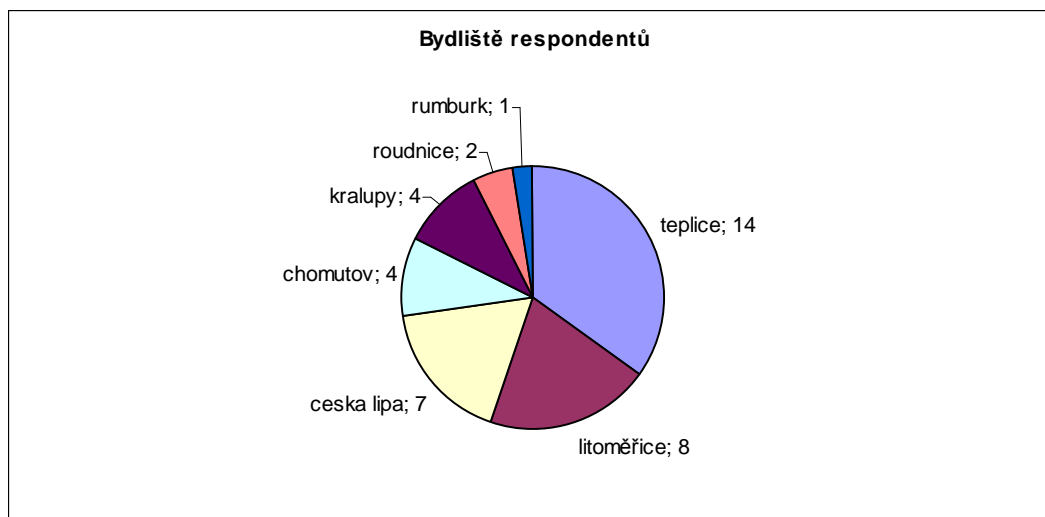


Místo bydliště respondentů:

Pro úplný popis vzorku uvádíme také místa bydliště klientů. Tento ukazatel může pomoci ilustrovat dostupnost služeb v jednotlivých regionech.

Nejvíce pacientů je z okolí Teplic (14 pacientů), dále Litoměřic (8 pacientů), České Lípy (7 pacientů), Chomutova (4 pacienti), Roudnice nad Labem (2 pacienti) a Rumburka (1 pacient). Ze střeďočeského kraje byli 4 pacienti, a to z oblasti kolem Kralup nad Vltavou.

Graf č.3: Bydliště respondentů



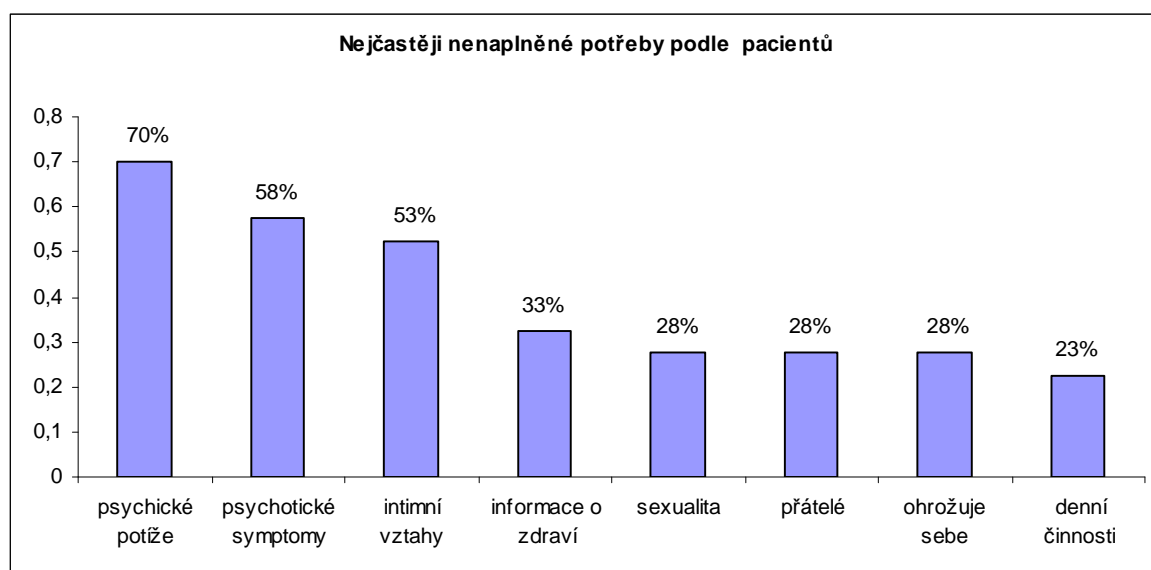
Nenaplněné potřeby:

Tato část interpretace se zabývá deskripcí nenaplněných potřeb zjištěných u respondentů našeho výzkumu. Dále sleduje distribuci nenaplněnosti potřeb u různých skupin respondentů. Budeme srovnávat vnímání nenaplněnosti potřeb mezi pacienty a profesionály, mezi muži a ženami a také budeme sledovat jak tento ukazatel ovlivňují další proměnné, jako je věk pacienta a jak popis potřeb souvisí s využíváním dalších služeb.

Nenaplněné potřeby podle pacientů:

Z grafu č.4 je zřejmé, že mezi nejvíce nenaplněné potřeby u klientů patří psychické potíže, které označuje celých 70% respondentů, 58% respondentů hodnotí jako problém psychotické symptomy, 53% cítí jako nenaplněnou potřebu intimní vztahy. Naproti tomu žádný z respondentů neoznačil za nenaplněnou potřebu bydlení, ani finanční dávky a kategorii péče o děti. Poměrně málo frekventovaná je nenaplněnost potřeb v oblasti péče o sebe 8%, strava 8%, vzdělání 8%, telefon 3% a doprava 5%.

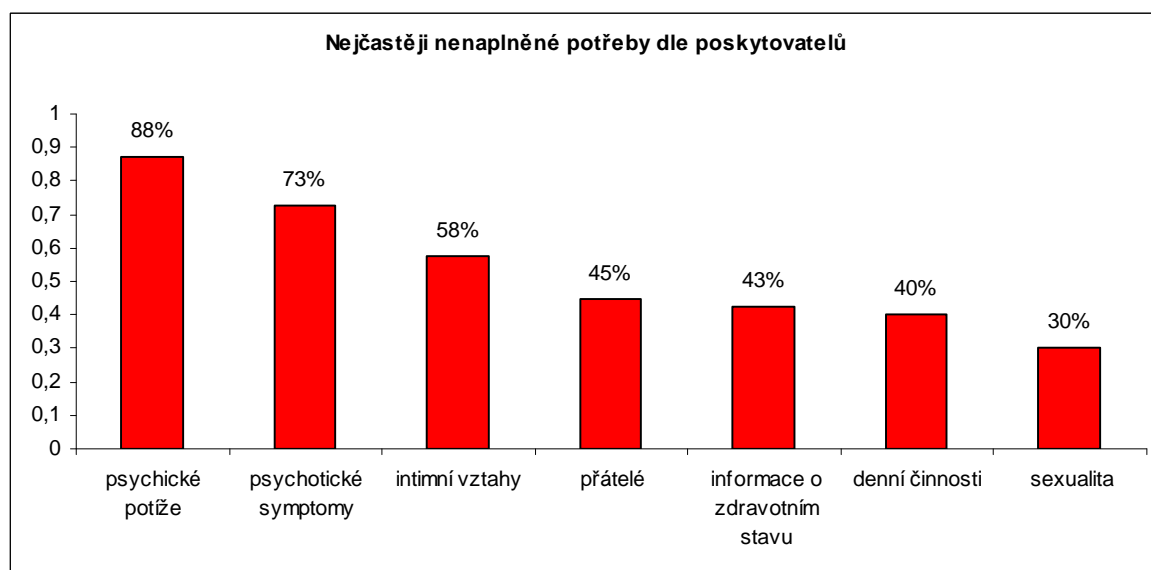
Graf č.4: Nejčastěji nenaplněné potřeby u pacientů (relativní četnosti, N=40)



Nenaplněné potřeby podle poskytovatelů:

Poskytovatelé hodnotí (graf č.5) jako nejvíce nenaplněnou potřebu psychické potíže u 88% pacientů, 73% nenaplněnost u potřeby psychotické symptomy, 58% u intimních vztahů 43% u informací o zdravotním stavu a 40% u denních činností. Nikdo z poskytovatelů nehodnotí jako nenaplněnou potřebu finanční dávky a péči o děti. Jenom 3% hodnotí telefon, vzdělání a bydlení hodnotí jako nenaplněnou potřebu pouze 3% pacientů.

Graf č. 5: Nejčastěji nenaplněné potřeby dle poskytovatelů (relativní četnosti, N=40)

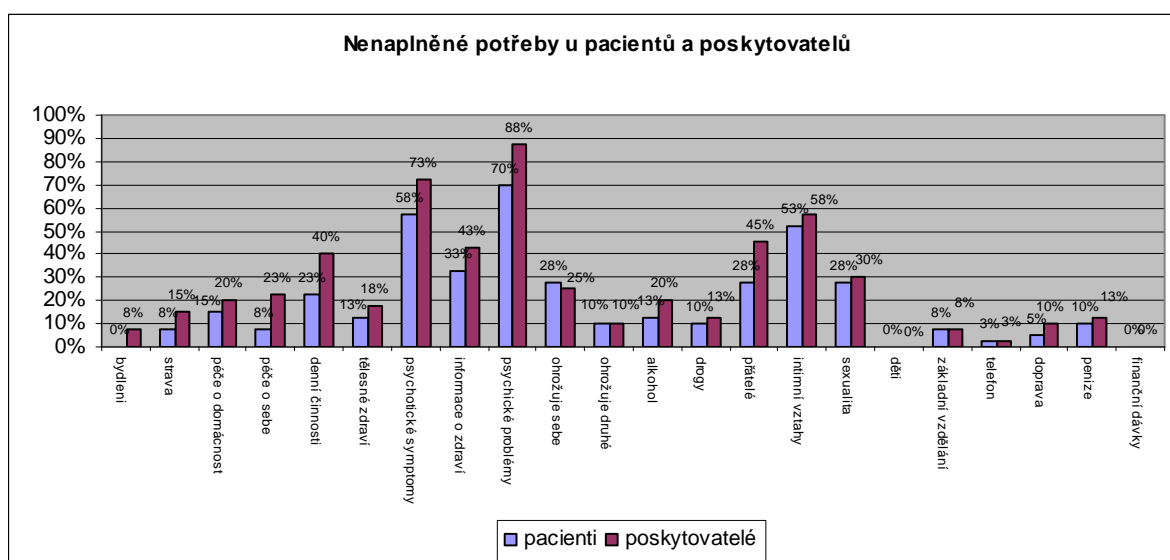


Srovnání nenaplněnosti potřeb u poskytovatelů a pacientů:

Zajímavé je srovnání hodnocení pacientů a poskytovatelů (graf. č.6). Z grafu je patrné, že poskytovatelé uvádějí takřka u všech nenaplněných potřeb vyšší hodnoty než je uvádějí sami pacienti (kromě kategorie Ohrožuje sebe). Můžeme si tedy všimnout, že poskytovatelé výrazněji hodnotí vznik potřeby v oblasti psychických potíží (u 88% pacientů oproti 70% v hodnocení pacientů), psychotických problémů (u 73% pacientů oproti 58%), v oblasti denních činností (u 40% pacientů oproti 23%), v oblasti přátel (u 18 pacientů oproti 11) a v oblasti péče o sebe (u 23% pacientů oproti 8%). (Tabulka č.2)

Ze srovnání je patrné, že se obě skupiny shodují v hodnocení nejvíce nenaplněných potřeb (psychické potíže, psychotické problémy a intimní vztahy) a stejně tak podobně shodně nehodnotí některé potřeby jako nenaplněné.

Graf č.6. Nenaplněné potřeby u pacientů a poskytovatelů (relativní četnosti (N=40))



Tabulka č.2: Nenaplněné potřeby hodnocené pacienty a poskytovateli (N=40)

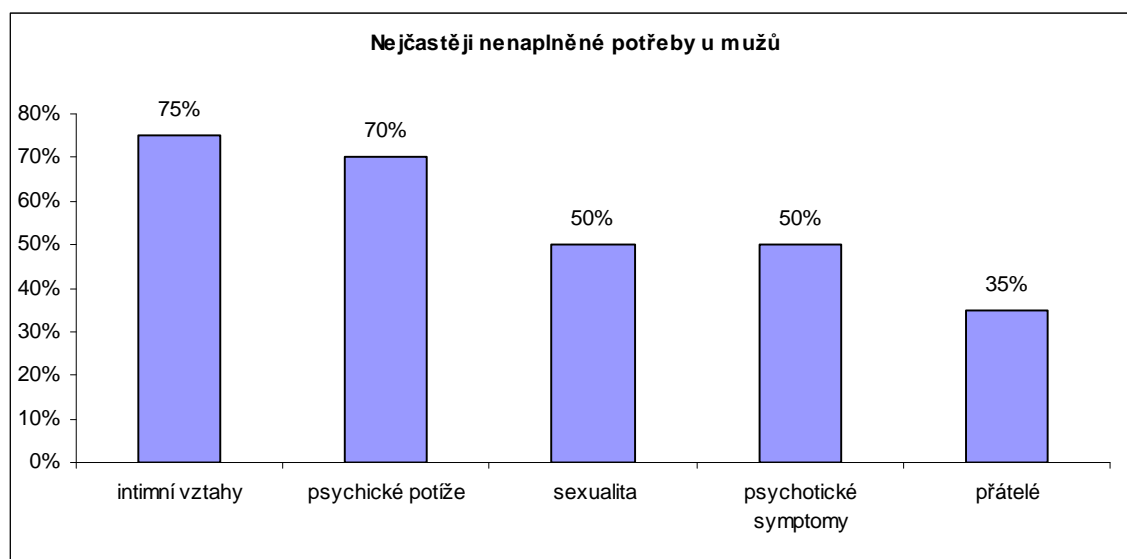
potřeby	pacienti		poskytovatelé	
	počet	relativní četnosti	počet	relativní četnosti
bydlení	0	0%	3	8%
strava	3	8%	6	15%
péče o domácnost	6	15%	8	20%
péče o sebe	3	8%	9	23%
denní činnosti	9	23%	16	40%
tělesné zdraví	5	13%	7	18%
psychotické symptomy	23	58%	29	73%

informace o zdraví	13	33%	17	43%
psychické problémy	28	70%	35	88%
ohrožuje sebe	11	28%	10	25%
ohrožuje druhé	4	10%	4	10%
alkohol	5	13%	8	20%
drogy	4	10%	5	13%
přátelé	11	28%	18	45%
intimní vztahy	21	53%	23	58%
sexualita	11	28%	12	30%
děti	0	0%	0	0%
základní vzdělání	3	8%	3	8%
telefon	1	3%	1	3%
doprava	2	5%	4	10%
peníze	4	10%	5	13%
finanční dávky	0	0%	0	0%

Nenaplněné potřeby u mužů:

V této části sledujeme jak jsou distribuovány nenaplněné potřeby ve skupině mužů (graf č.7). U nich je zřetelně jako nejvíce nenaplněná hodnocena potřeba intimních vztahů – a to u 75% mužů. To je výrazná odchylka od průměru celého souboru, kde intimní vztahy hodnotí jako nenaplněné pouze 53% respondentů. Muži dále hodnotí jako výrazně nenaplněnou potřebu psychické potíže 70% a psychotické symptomy 50%. Další potřebou, která je hodnocena výrazně nenaplněně (vnímá to tak 50% respondentů mužů) je sexualita. Je to opět více než je tomu u celého vzorku (28%). Naproti tomu necítí muži žádnou nenaplněnost u potřeb bydlení, péče o děti, doprava, finanční dávky.

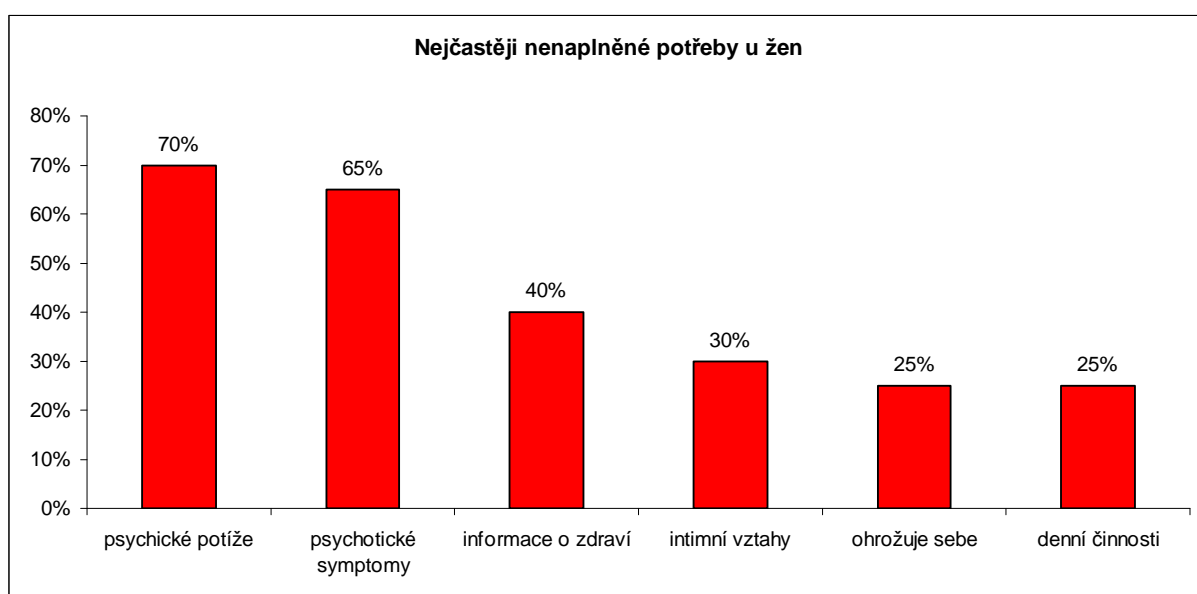
Graf č.7: Nejčastěji nenaplněné potřeby u mužů (relativní četnosti, N=20)



Nenaplněnost potřeb u žen:

U žen je situace s vnímáním nenaplněnosti potřeb následující (graf č. 8). Nejvíce vnímají jako nenaplněné potřeby psychické potíže 70% a psychotické symptomy 65%. Zajímavé je, že ženy vnímají daleko více než celý vzorek jako nenaplněnou potřebu informaci o zdravotním stavu 40% (oproti 13% v celém vzorku). 30% žen nemá naplněnou potřebu v oblasti intimních vztahů a shodně 25% žen hodnotí nenaplněnost v potřebách ohrožuje sebe a denní aktivity. Ženy necítí nenaplněnost u potřeb bydlení, strava, péče o sebe, péče o děti, telefon a finanční dávky (vždy 0%).

Graf č.8: Nejčastěji nenaplněné potřeby u žen (relativní četnosti, N=20)

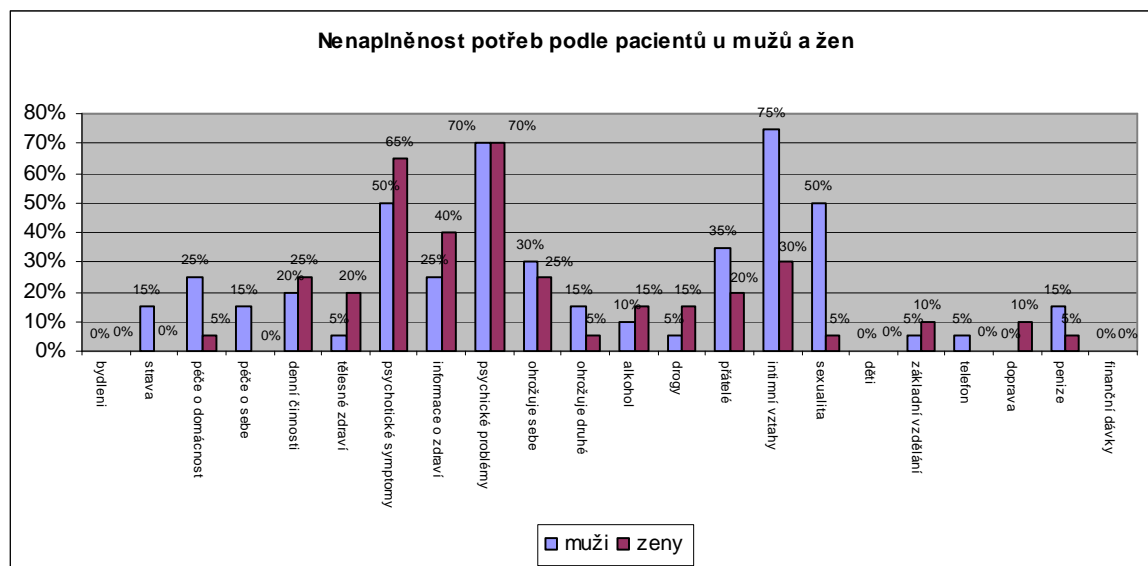


Srovnání mužů a žen:

Při prvním pohledu na graf č. 9 je zřejmý rozdíl mezi hodnocením nenaplněnosti potřeb u žen a mužů. Výrazněji častěji oproti ženám hodnotí muži nenaplněnost potřeb v intimních vztazích (75%M-30%F), ještě výraznější je rozdíl v hodnocení kategorie sexuální potřeby, kde se hodnocení liší o 45% (50%M-5%F). Výrazný rozdíl je také u kategorie péče o domácnost (25%M-5%F), strava (15%M-0%F) a péče o sebe (15%M-0%F).

Na druhou stranu hodnotí ženy výrazněji nenaplněnost svých potřeb oproti mužům v kategoriích psychotické obtíže (65%F-50%M), tělesné zdraví (20%F-5%M), informace o zdravotním stavu (40%F-25%M) (Tabulka č.3)

Graf č.9:Nenaplněnost potřeb podle pacientů u mužů a žen (relativní četnosti, N=20)



Tabulka č.3: Nenaplněnost potřeb podle pacientů u mužů a žen (relativní četnosti, N=20)

potřeby	muži		ženy	
	četnosti	relativní četnosti	četnosti	relativní četnosti
bydlení	0	0%	0	0%
strava	3	15%	0	0%
péče o domácnost	5	25%	1	5%
péče o sebe	3	15%	0	0%
denní činnosti	4	20%	5	25%
tělesné zdraví	1	5%	4	20%
psychotické symptomy	10	50%	13	65%
informace o zdraví	5	25%	8	40%
psychické problémy	14	70%	14	70%
ohrožuje sebe	6	30%	5	25%
ohrožuje druhé	3	15%	1	5%
alkohol	2	10%	3	15%
drogy	1	5%	3	15%
přátelé	7	35%	4	20%
intimní vztahy	15	75%	6	30%
sexualita	10	50%	1	5%
děti	0	0%	0	0%
základní vzdělání	1	5%	2	10%
telefon	1	5%	0	0%
doprava	0	0%	2	10%
peníze	3	15%	1	5%

finanční dávky	0	0%	0	0%
----------------	---	----	---	----

U mužů, kteří vnímají jako nenaplněnou potřebu intimních vztahů (15) jich 67% vnímá nenaplněnou potřebu sexuálních vztahů (všichni muži, kteří tuto potřebu označili), 34% vnímá jako nenaplněnou potřebu péče o domácnost (opět všichni muži, kteří tuto potřebu označili) a 20% z nich nemá naplněnou potřebu stravy (opět všichni).

Nenaplněné potřeby mužů a žen podle hodnocení poskytovatelů:

Dále jsme se ptali, zda také v hodnocení poskytovatelů péče existují nějaké rozdíly mezi tím, když hodnotí potřeby u mužů a u žen. V grafu č.10. lze vyzorovat rozdíly v hodnocení nenaplněných potřeb. Poskytovatelé hodnotí u mužů více problematických oblastí než u žen.

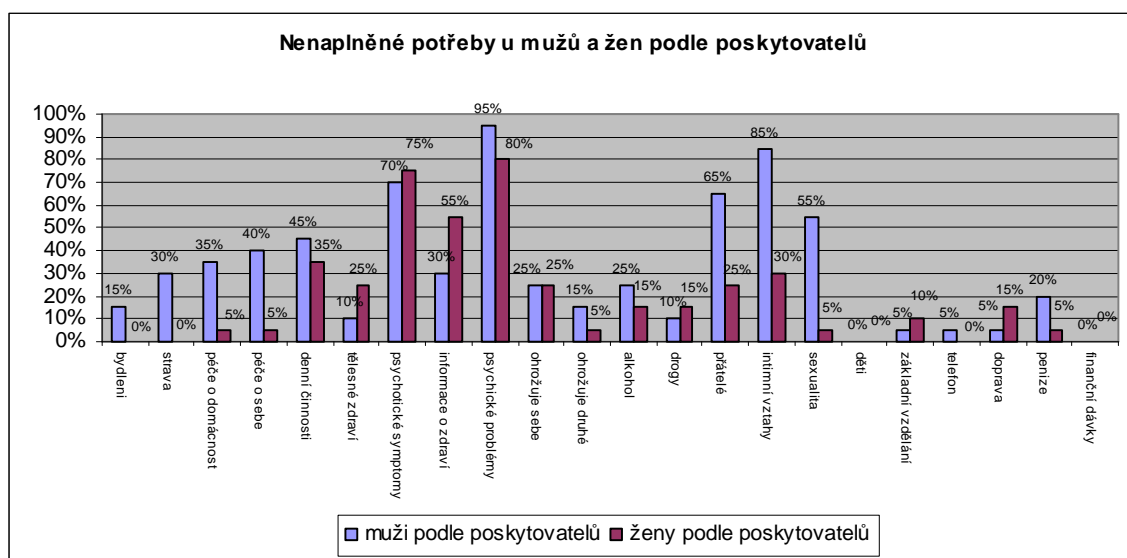
Týká se to zejména kategorie intimních vztahů (85%), přátel (65%), sexuality (55%), zde se shodují se samotnými pacienty muži, kteří tyto oblasti hodnotí také jako výrazněji nenaplněné (graf č.7). Podobně hodnotí poskytovatelé u mužů nenaplněnost potřeb strava, péče o domácnost, péče o sebe a denní činnosti, které hodnotí nenaplněně i sami muži. U 95% mužů hodnotí poskytovatelé nenaplněnost potřeby psychické potíže a výrazně vychází také hodnocení psychotických obtíží (70%). Je zajímavé, že se objevilo hodnocení nenaplněnosti potřeby bydlení a to u 3 mužů (15%) (Tabulka č.4)

Tabulka č.4: Nenaplněné potřeby u mužů a žen podle poskytovatelů (relativní četnosti, N=20)

potřeby	muži podle poskytovatelů		ženy podle poskytovatelů	
	četnosti	relativní četnosti	četnosti	relativní četnosti
bydlení	3	15%	0	0%
strava	6	30%	0	0%
péče o domácnost	7	35%	1	5%
péče o sebe	8	40%	1	5%
denní činnosti	9	45%	7	35%
tělesné zdraví	2	10%	5	25%
psychotické symptomy	14	70%	15	75%
informace o zdraví	6	30%	11	55%
psychické problémy	19	95%	16	80%
ohrožuje sebe	5	25%	5	25%
ohrožuje druhé	3	15%	1	5%
alkohol	5	25%	3	15%

drogy	2	10%	3	15%
přátelé	13	65%	5	25%
intimní vztahy	17	85%	6	30%
sexualita	11	55%	1	5%
děti	0	0%	0	0%
základní vzdělání	1	5%	2	10%
telefon	1	5%	0	0%
doprava	1	5%	3	15%
penize	4	20%	1	5%
finanční dávky	0	0%	0	0%

Graf č.10: Nenaplněné potřeby u mužů a žen podle poskytovatelů (relativní četnosti, N=20)



Ženy mají (podle poskytovatelů) naopak větší problémy s psychotickými symptomy (75%) a s informacemi o zdravotním stavu (55%). Poskytovatelé výrazněji označují u žen nenaplněnou potřebu informace o zdravotním stavu. To může znamenat buď to, že ženy mají nedostatek informací o svém stavu podle poskytovatelů, ale může to být také způsobeno paradoxně tím, že se ženy snaží od poskytovatelů získat více informací o zdravotním stavu než muži (Graf č.11).

U žen je vidět také shoda v nejčastěji nenaplněných potřebách, jak podle hodnocení pacientek, tak i poskytovatelů, jen pacientky vidí ještě jako problematickou oblast ohrožuje sebe (viz. Graf.č.8 a 10.) Tato oblast se v hodnocení poskytovateli neobjevuje mezi nejčastěji nenaplněnými potřebami.

Graf č.11: Nejčastěji nenaplněné potřeby podle poskytovatelů u žen (relativní četnosti, N=20)



Hodnocení nenaplněných potřeb dle pacientů rozdělených podle věku:

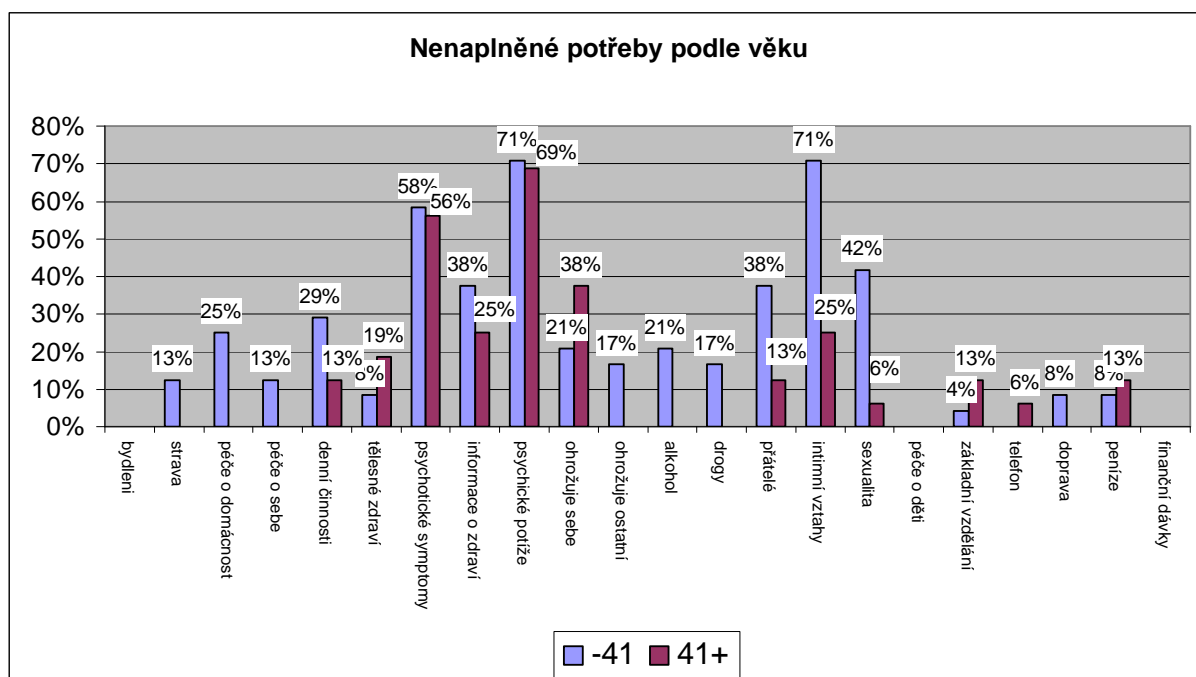
Pacienty jsme si opět rozdělili do dvou skupin podle věku, do 41 let a nad 41. Vycházeli jsme z výpočtu průměrného věku vyšetřovaných pacientů, který je 40,27 a určili jsme si tedy hranici 41 let. Z následujícího grafu č.12 můžeme vyčíst tyto rozdíly v hodnocení nenaplněných potřeb. Z grafu je vidět, že skupina mladších respondentů má daleko více nenaplněných potřeb a u některých jsou také výrazné rozdíly v jejich hodnocení. Výrazně více hodnotí mladší skupina respondentů nenaplněnost potřeb u položek intimní vztahy (o 41%), přátelé (o 25%), sexualita (o 36%), obdobně také u péče o domácnost (o 25%).

U starších pacientů, nad 41 let stojí za zmínku vyšší hodnocení kategorie ohrožuje sebe (o 17%) a celkem zákonitě také vyšší hodnoty nenaplněných potřeb u tělesného zdraví (o 11%).

Naopak nejsou velké rozdíly v hodnocení potřeb psychické potíže a psychotické symptomy, které hodnotí shodně jako vysoce nenaplněné obě věkové skupiny.

Na druhé straně problémy starších lidí jsou spojeny zejména se zdravotními problémy. Oproti tomu je zřejmé, že potřeby týkající se základních oblastí života (rodina, partner a zajištěná domácnost) nehodnotí jako problémové.

Graf č.12: Nenaplněné potřeby podle věku (relativní četnosti, N1=24, N2=16)



Využití služeb psychologa, psychiatra nebo NNO:

Kromě Camberwellského dotazníku jsme také zjišťovali, zda mají pacienti pravidelnou psychiatrickou péči. Další otázka se týkala psychologické pomoci, zda docházejí na psychoterapii nebo využívají služeb psychologa, poslední dotaz byl zaměřen na využívání služeb v nějakém nízkoprahovém centru neziskové organizace nebo v zařízení podobného typu. Zjišťovali jsme, jak vypadá jejich současná situace. (Graf č.13)

Psychiatrickou péči do hospitalizace využívá 95% (38) pacientů, 2 byli hospitalizováni s první atakou nemoci. Vysoký výsledek je zapříčiněn způsobem výběru vzorku, pacienti byli kontaktováni na psychiatrickém oddělení v období hospitalizace, tedy s pravděpodobně velkými problémy.

Kontakt na nízkoprahovou službu má z tohoto vzorku 38% (15) pacientů a dochází nejčastěji do Fokusu v Teplicích nebo v Ústí nad Labem. Naprostá většina respondentů, kteří služby NNO využívají žije v regionu Teplicko 80% (12) – to je naprostá většina respondentů žijících v tomto regionu. Zbýlých 62% (25) pacientů žádnou takovou službu nevyužívá, buď o žádné organizaci nevědí nebo ji několikrát navštívili, ale nabízené služby jim nevyhovují.

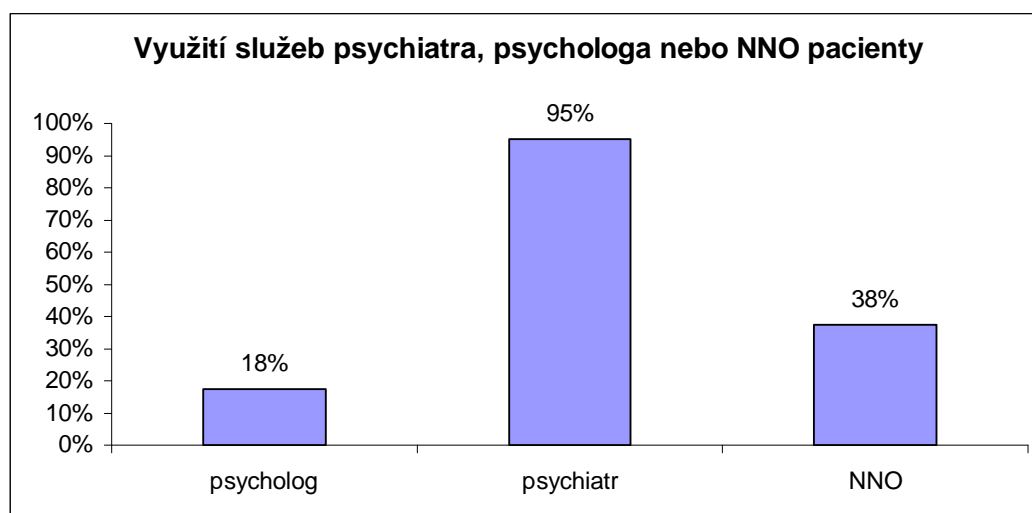
Psychologickou pomoc pravidelně využívá 18% (7) pacientů. Z toho je opět naprostá většina pacientů z regionu Teplicko 71% (5). Z našeho zkoumaného vzorku tedy celých 82% (33)

pacientů s duševním onemocněním žádnou psychologickou pomoc nevyužívalo a nevyužívá. Dva pacienti nemají zájem s někým o svých problémech mluvit a 31 pacientů by si přálo své problémy řešit, ale nikdy žádného psychologa neměli možnost potkat. Někteří z pacientů neví, jaký je rozdíl mezi psychologem a psychiatrem, a mnoho pacientů nezná žádného psychologa v místě bydliště, nebyla jim nikdy nabídnuta psychologická nebo psychoterapeutická pomoc. 4 pacienty ani nenapadlo nějakého psychologa vyhledat, netušili, že by jim někdo mohl s problémy poradit a pomoci.

Je zřejmé, že v některých regionech je pomoc psychologa a služby NNO více někde méně dostupné. Z našeho výzkumu vyplývá, že nejvíce jsou tyto služby využívány pacienty, kteří žijí v regionu Teplicko. To může znamenat buď vyšší dostupnost těchto služeb pro klienty z tohoto regionu, ale také zde mohlo dojít ke zkreslení výběrem vzorku respondentů (nejvíce jich pochází z Teplic). Pro celkovou informaci využívají služby psychologa a NNO ještě pacienti z regionů Chomutov, Česká Lípa a Litoměřice, v Chomutově využívají 2 pacienti služeb NNO a jeden služeb psychologa (z celkového počtu 4 pacientů), Jeden pacient z České Lípy využívá služeb NNO (z celkových 7) a jeden pacient z Litoměřicka využívá služeb psychologa (z celkových 8).

V mnoha případech bylo tedy pacientům doporučeno, aby vzhledem k potížím, které jsme během rozhovorů odhalili, vyhledali psychologickou pomoc. Také jsme měli možnost pacienty seznámit s tím, co práce psychologa obnáší a jakou službu může psycholog nabídnout, jak konkrétně může pomoci.

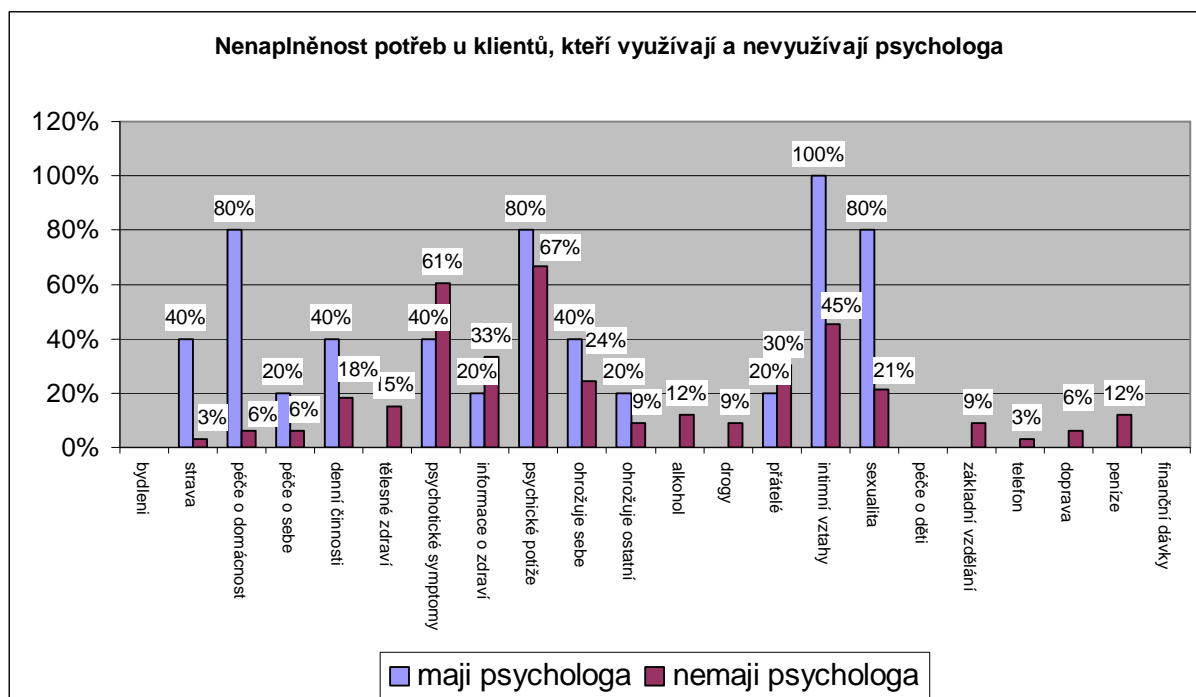
Graf č.13: Využití služeb psychiatra, psychologa nebo NNO pacienti (relativní četnosti, N=40)



Nenaplněné potřeby pacientů využívajících služby psychiatra:

Graf č.14 nám ukazuje relativní četnosti problematických oblastí nenaplněných potřeb u klientů, kteří využívají a nevyužívají služeb psychologa. Pacienti, kteří navštěvují psychologa řeší problémy spojené s intimními vztahy (100%), se sexualitou (80%), psychickými potížemi (80%) a s péčí o domácnost (80%). Naopak výhoda návštěv psychologa se projevuje zejména v oblasti psychotických symptomů, kde jsou nenaplněné potřeby těch, kdo využívají jeho služeb nižší, než u druhé skupiny. Je však třeba podotknout, že zde počítáme s velice nízkými absolutními hodnotami (N=7) a proto jsou interpretace pouze hrubě orientační a mohou naznačovat směr případného dalšího zkoumání. Druhá skupina pacientů, která služeb psychologa nevyužívá má podobně jako předchozí skupina problémy spojené s psychickými potížemi, pak převažují problémy v oblasti psychotických symptomů. Služby psychologa využívají 4 muži a 3 ženy.

Graf č.14: Nenaplněnost potřeb u klientů využívajících/nevyužívajících služeb psychologa (relativní četnosti, N1=7, N2=33).



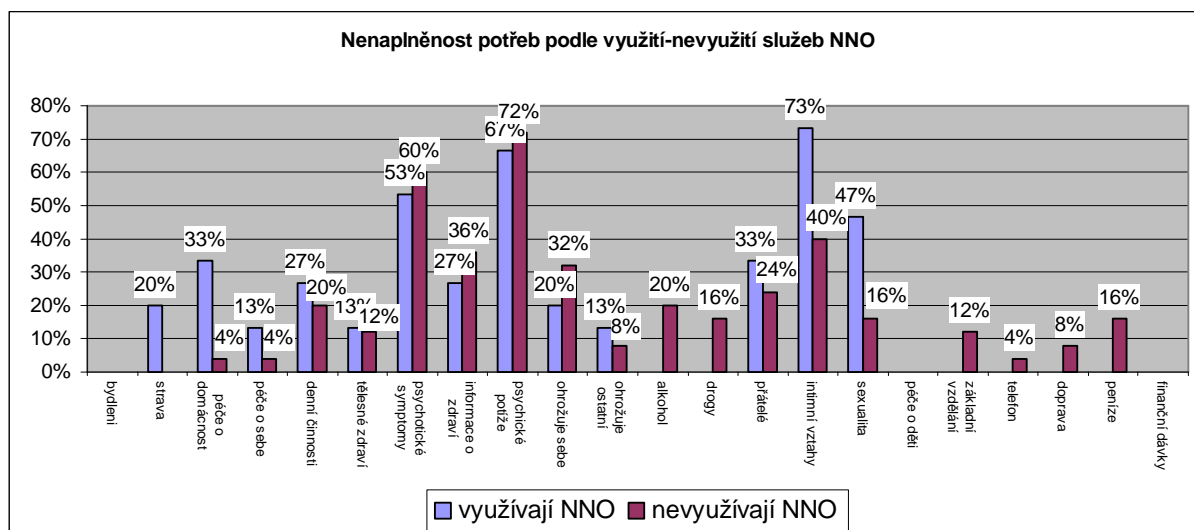
Nenaplněné potřeby pacientů využívajících služby NNO:

Zaměřili jsme se také na to, zda pacienti, kteří navštěvují nějakou neziskovou organizaci či chráněnou dílnu apod. mají méně nenaplněných potřeb nebo jestli existují nějaké rozdíly v hodnocení potřeb mezi uživateli služeb neziskové organizace a těmi, co žádné takové služby nenavštěvují. Celkový počet pacientů užívajících služby NNO je 15 (38%).

Graf č.15 ukazuje relativní četnosti nenaplněnosti potřeb pro pacienty využívající služby NNO (N=15) a pro ty, kteří tyto služby nevyužívají (N=25). Je zřejmé, že největší rozdíl v obou skupinách je v oblastech intimní vztahy a sexualita. Osoby využívající služby NNO jsou o 33 % více nenaplněné než potřeby těch, kteří je nevyužívají. Podobně je tomu u potřeby sexualita (31% rozdíl) a v položce péče o domácnost (rozdíl 29%). Problémy v těchto oblastech zřejmě ukazují důvody, proč právě tito pacienti vyhledávají pomoc druhých a organizací, jež se specializují právě na péči o tyto pacienty. To znamená vyhledávání společnosti a hledání intimních partnerů.

Tuto interpretaci významně ovlivňuje fakt, že 73% osob využívajících služby psychologa tvoří muži, u kterých jsou potřeby intimní vztahy a sexualita hodnoceny jako výrazně nenaplněné.

Graf č.15: Nenaplněnost potřeb podle využití/nevyužití služeb NNO (relativní četnosti, N1=15, N2=25)



Hodnocení míry poskytnuté formální a neformální potřeby:

V dalším hodnocení jsme se zaměřili na míru poskytnuté formální a neformální pomoci a na to, jakou pomoc by pacient potřeboval nebo požadoval. Neformální pomocí je myšlena pomoc rodiny či blízkých, formální pomocí je pomoc nějakého nízkoprahového zařízení neziskové organizace, typu Fokus apod.

V našem dotazníku se objevují následující položky, podle kterých jsme tuto situaci hodnotili:

0 - znamená žádná pomoc

1 - znamená nízká míra pomoci – příležitostné rady nebo pomoc

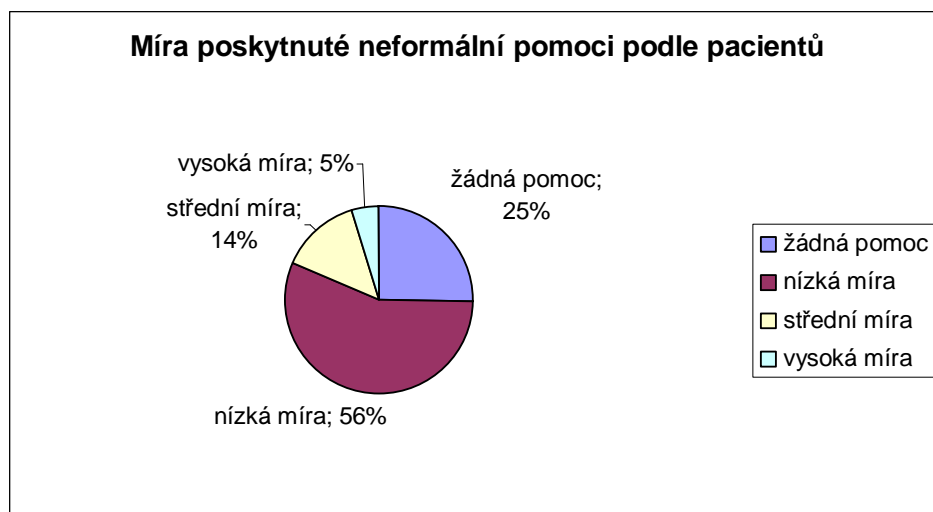
2 - znamená střední míra pomoci – pravidelné rady a kontakt na pomáhající profese/organizace

3 - znamená vysoká míra pomoci – dohled a spolupráce s dalšími organizacemi

9 - znamená, že není známo.

V oblastech, ve kterých hodnotili jak pacienti, tak i profesionálové potřebu pomoci, jsme rozvinuli dotaz ještě dál, podle výše zmíněných kritérií. / také viz. Příloha č.1/ Odpovědi byly opět zaznamenávány do záznamového archu. / viz. Příloha č.2 /

Graf č.16: Míra poskytnuté neformální pomoci podle pacientů (N=167)

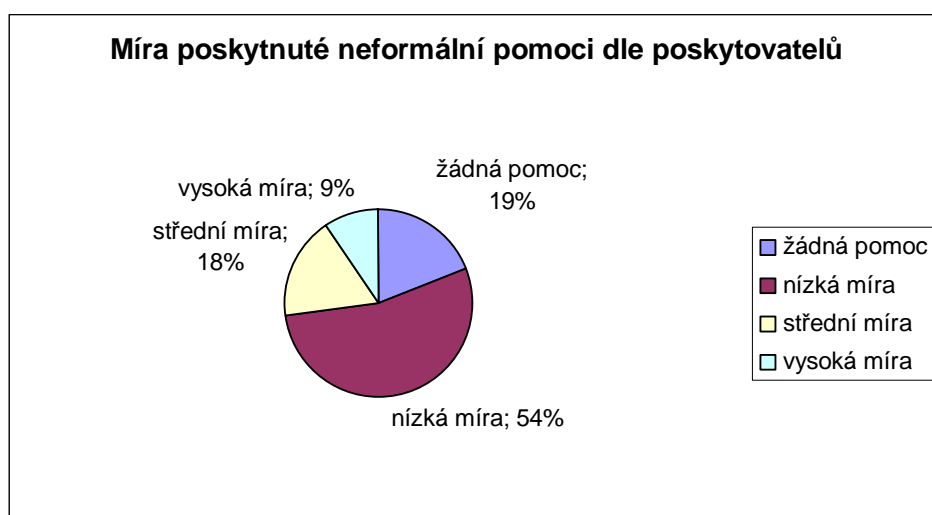


Graf č.16. nám ukazuje jak hodnotí pacienti míru poskytnuté neformální pomoci, tedy pomoci rodinných příslušníků. Sami pacienti se tedy domnívají, že jejich blízcí jim poskytují

nejčastěji nízkou míru pomoci, tedy jde převážně o pomoc typu: pochopení problémů, příležitostné podpory v řešení různých situací, poskytování rad, občasné návštěvy či kontroly.

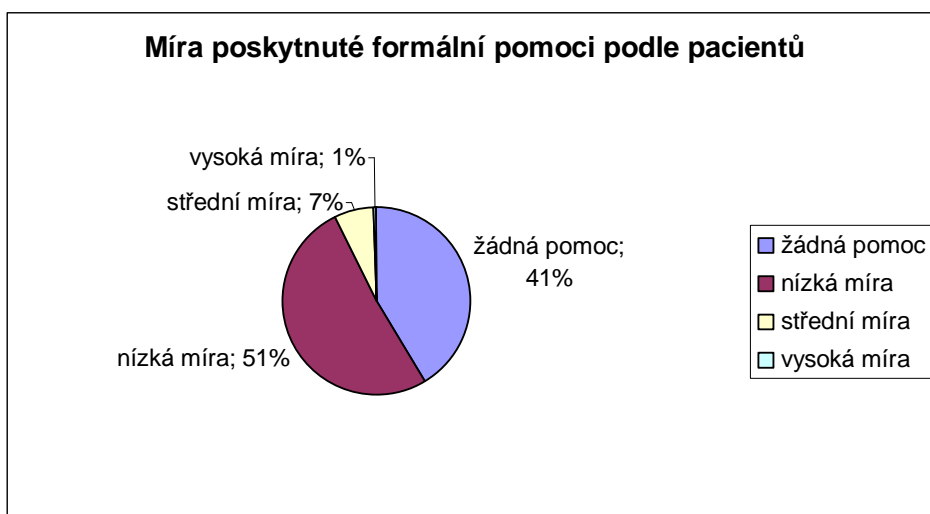
Z grafu č.17 vyplývá, že poskytovatelé tuto míru poskytnuté neformální pomoci hodnotí podobně. Tedy můžeme říci, že zde panuje shoda mezi pohledy pacientů a poskytovatelů. Procentuelní rozdíly jsou opravdu nepatrné. Celkově je tedy nutné říci, že míra poskytnuté pomoci od blízkých osob není příliš vysoká, ale nezohledňujeme zde, zda by si pacienti vůbec přáli, aby byla míra poskytnuté pomoci větší.

Graf č.17: Míra poskytnuté neformální pomoci dle poskytovatelů (N=224)

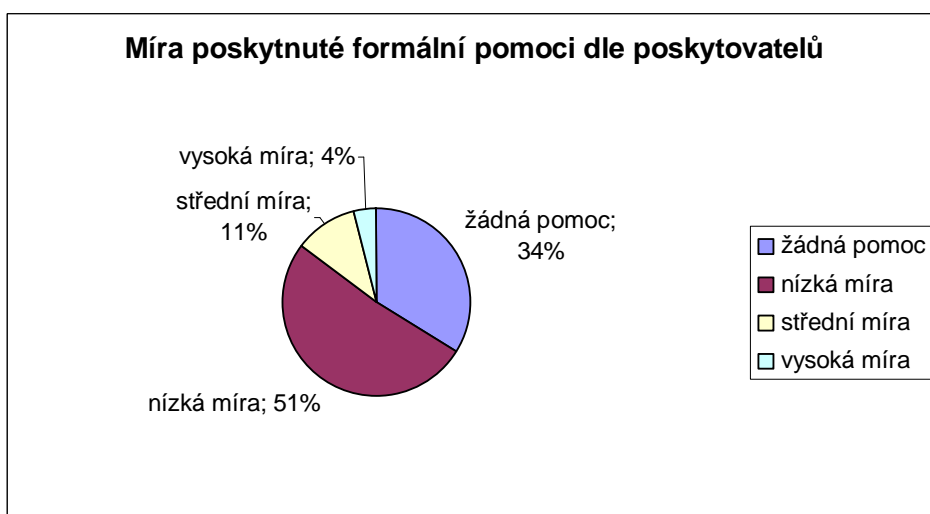


Dále jsme zjišťovali, jak se liší pohled na poskytování formální pomoci podle hodnocení pacientů a poskytovatelů. V následujících grafech č.18 a č.19 je vidět toto hodnocení: opět se obě skupiny probandů shodují v tom, že instituce /neziskové organizace/ poskytují psychotickým pacientům převážně nízkou míru pomoci. Obě skupiny to hodnotí na 51%. Jde tedy opět především o pomoc typu, příležitostná podpora při řešení obtížných situací, poskytování rad, občasné kontroly, psychická podpora apod.

Graf č.18: Míra poskytnuté formální pomoci podle pacientů (N=167)



Graf č.19: Míra poskytnuté formální pomoci dle poskytovatelů (N=224)



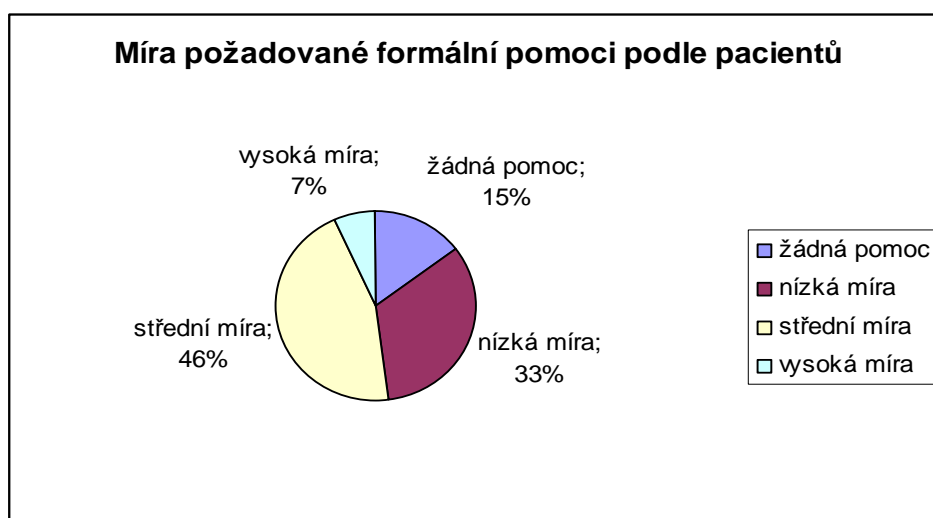
Camberwellským dotazníkem jsme ještě zjišťovali míru požadované formální pomoci, jak podle hodnocení samotných pacientů, tak i podle toho, jak tuto položku vidí poskytovatelé péče. Zkoumali jsme opět to, zda se pohledy těchto dvou skupin probandů nějak výrazně liší.

Z následujících grafů č.20 a č.21 je možné vyčíst následující: pacienti sami požadují od institucí nízkou nebo střední míru pomoci, což znamená, přece jen intenzivnější podporu, častější možnost setkat se s odborníky, psychoterapeutickou podporu a pomoc, poskytování podrobnějších informací, návštěvu svépomocných skupin, pravidelné programy, větší dohled. Poskytovatelé se domnívají, že by u některých pacientů měla být míra poskytnuté formální

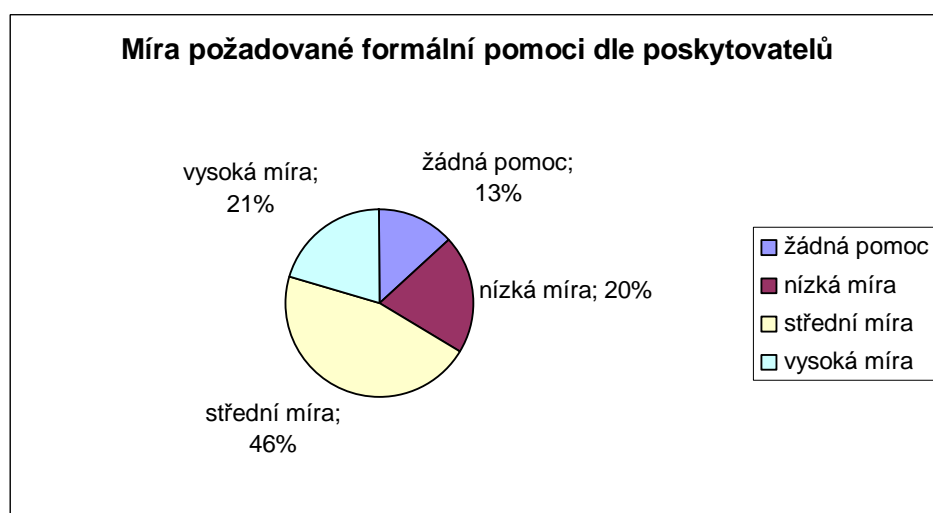
pomoci přece jen vyšší. Znamená to, že by doporučovali intenzivní individuální psychoterapii zaměřenou na psychické potíže, intimní vztahy, sexualitu a psychotické symptomy, dále pravidelná setkání, dohled a kontrolu nad praktickými úkoly, pomoc s některými domácími pracemi, možnost bydlet v chráněném domě, pravidelnou a systematickou edukaci, atd.

Na tomto místě můžeme znovu zdůraznit potřebu psychosociální rehabilitace a edukace nejen pacientů samotných, ale i jejich blízkých.

V Graf č. 20: Míra požadované formální pomoci podle pacientů (N=167)



Graf č.21: Míra požadované formální pomoci podle poskytovatelů (N=224)



Camberwellský dotazník pro mapování potřeb nezkoumá požadovanou míru neformální pomoci, tedy nedokážeme říci, jakou pomoc by pacientům měli poskytovat jejich blízcí. Předpokládáme tedy, že dostávají maximální možnou podporu rodiny.

2.5. Ověření výzkumných otázek

Data, která jsme v předchozí kapitole popsali jsme se rozhodli také statisticky ověřit. Zajímalo nás, zda existuje souvislost mezi zkoumanými jevy. Pro tento postup jsme zvolili t – test, v první testované hypotéze párový t-test a v následujících hypotézách t-test dvou nezávislých výběrů. Všechny výpočty byly provedeny v MS Excel, takže zde uvádím podstatné vzorce:

Dva nezávislé výběry:

$$H_0 : \sigma_1^2 = \sigma_2^2$$

$$H_1 : \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$$

$$F = \frac{s_1^2}{s_2^2}, s_1 > s_2$$

$$F < F_{\alpha(n-1, m-1)} \Rightarrow H_0 \text{ se přijímá}$$

$$t = \frac{\bar{x} - \bar{y}}{s \sqrt{\frac{1}{m} + \frac{1}{n}}}$$

$$s = \sqrt{\frac{1}{m+n-2} ((m-1)s_1^2 + (n-1)s_2^2)}$$

$$|t| < t_{\alpha(m+n-1)} \Rightarrow H_0 \text{ se nezmítá}$$

Párový t-test:

$$t = \frac{\bar{d}}{\sqrt{\frac{s_d^2}{n}}} \quad \bar{d} = \frac{\sum d_i}{n} \quad s_d^2 = \frac{\sum (d_i - \bar{d})^2}{n-1}$$

$$t < t_{\alpha(n-1)} \Rightarrow H_0 \text{ se nezmítá}$$

Ověření výzkumné hypotézy č.1. : Existuje statisticky významný rozdíl mezi hodnocením potřeb pacientů a poskytovatelů péče?

H_0 – Mezi tím, jak hodnotí potřeby pacienti a poskytovatelé není statisticky významný rozdíl.

H_A – Mezi tím, jak hodnotí potřeby pacienti a poskytovatelé je statisticky významný rozdíl.

Respondent	Uživatelé	Poskytovatelé	di	di ²
1	1	4	-3	9
2	4	6	-2	4
3	5	5	0	0
4	6	6	0	0
5	7	7	0	0
6	5	5	0	0

7	3	5	-2	4
8	6	6	0	0
9	5	5	0	0
10	8	7	1	1
11	7	10	-3	9
12	5	12	-7	49
13	5	9	-4	16
14	9	11	-2	4
15	4	9	-5	25
16	7	7	0	0
17	0	9	-9	81
18	5	8	-3	9
19	1	4	-3	9
20	1	2	-1	1
21	3	4	-1	1
22	5	7	-2	4
23	4	6	-2	4
24	4	5	-1	1
25	1	1	0	0
26	3	3	0	0
27	3	3	0	0
28	1	2	-1	1
29	9	10	-1	1
30	3	3	0	0
31	3	3	0	0
32	3	3	0	0
33	3	3	0	0
34	3	3	0	0
35	3	3	0	0
36	3	7	-4	16
37	4	4	0	0
38	4	4	0	0
39	5	5	0	0
40	6	8	-2	4
Součet	167	224	-57	253

Průměrná odchylka HS mezi hodnocením pacienty a poskytovateli je **2,183**.

Vypočítaná hodnota t – test je **4,307366908**. Stupeň volnosti je **38**. Pro vypočítaný počet stupňů volnosti a zvolenou hladinu významnosti **0,05** je kritická hodnota získaná z tabulek t rozdělení rovna **2,0211**. (Reiterová, 2000) Po porovnání obou hodnot, jak té vypočítané, tak i té zjištěné z tabulek musíme dojít k závěru, že vypočítaná hodnota je větší, než kritická hodnota. Tedy lze zamítnout nulovou hypotézu na hladině významnosti nižší než **0,05** a konstatujeme, že mezi tím, jak hodnotí potřeby pacienti a poskytovatelé je statisticky významný rozdíl.

Ověření výzkumné hypotézy č.2. : Zjišťujeme, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi tím, jak hodnotí své potřeby pacienti a pacientky.

H_0 - Mezi hodnocením potřeb mužů a žen není statisticky významný rozdíl.

H_A - Mezi hodnocením potřeb mužů a žen je statisticky významný rozdíl.

Muži HS (x)	Ženy HS (y)	Muži (x²)	Ženy (y²)
1	3	1	9
4	5	16	25
5	4	25	16
6	4	36	16
7	1	49	1
5	3	25	9
3	3	9	9
6	1	36	1
5	9	25	81
8	3	64	9
7	3	49	9
5	3	25	9
5	3	25	9
9	3	81	9
4	3	16	9
7	3	49	9
0	4	0	16
5	4	25	16
1	5	1	25
1	6	1	36
94	73	558	323

Průměrná hodnota HS u mužů je **4,7** a průměrná hodnota HS u žen je **3,65**.

Vypočítaná hodnota t – test je **1,5573**. F – test je **1,68**, pro **19** a **19** stupňů volnosti je kritická hodnota F rozdělení **2,124**, tedy lze přijmout hypotézu o rovnosti rozptylů. Stupeň volnosti je **38**. Pro vypočítaný počet stupňů volnosti a zvolenou hladinu významnosti **0,05** je kritická hodnota získaná z tabulek t – rozdělení **2,0211**. (Reiterová, 2000) Po porovnání obou hodnot, docházíme k závěru, že vypočítaná hodnota je menší než kritická hodnota a tedy nelze zamítnout nulovou hypotézu na hladině významnosti 0,05. Nebyl tedy prokázán statisticky významný rozdíl mezi hodnocením potřeb muži a ženami.

Ověření výzkumné hypotézy č.3. : Ptáme se, zda věk ovlivňuje hodnocení potřeb.

H_0 . Mezi hodnocením potřeb pacienty, kteří jsou mladší 41 let a těmi, kteří jsou starší 41 let není statisticky významný rozdíl.

H_A . Mezi hodnocením potřeb pacienty, kteří jsou mladší 41 let a těmi, kteří jsou starší 41 let je statisticky významný rozdíl.

Pacienti do 41 HS (x)	Pacienti nad 41 HS (y)	x^2	y^2
1	3	1	9
4	8	16	64
5	5	25	25
6	0	36	0
7	1	49	1
5	1	25	1
6	3	36	9
5	5	25	25
7	1	49	1
5	3	25	9
9	1	81	1
4	3	16	9
7	3	49	9
5	3	25	9
4	3	16	9
4	4	16	16
3		9	
9		81	
3		9	
3		9	
3		9	
4		16	
5		25	
6		36	
120	47	684	197

Průměrná hodnota HS u pacientů do 41 let je **5** a HS u pacientů nad 41 let je **2,94**.

Vypočítaná hodnota t – test je **3,29499**. F test je **0,62222**, pro **16** a **24** stupňů volnosti je kritická hodnota F rozdělení **2,124**, tedy lze přijmout hypotézu o rovnosti rozptylů. Stupeň volnosti je **38**. Pro zvolenou hladinu významnosti **0,05** a vypočítaný počet stupňů volnosti je kritická hodnota t – rozdělení získaná z tabulek **2,0211**. Po porovnání vypočítané hodnoty testového kritéria s kritickou hodnotou zjišťujeme, že vypočítaná hodnota je větší, tedy lze odmítnout nulovou

hypotézu na hladině významnosti **0,05**. Tedy mezi tím, jak hodnotí své potřeby pacienti, kterým je méně než 41 a těmi, kterým je více než 41 je statisticky významný rozdíl.

Ověření výzkumné hypotézy č.4.: Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení potřeb mezi těmi pacienty, co využívají pomoc psychologa a těmi, co k psychologovi nedocházejí?

H₀. Mezi hodnocením potřeb pacienty, kteří využívají psychologickou pomoc a těmi, co takovou pomoc nevyužívají není statisticky významný rozdíl.

H_A. Mezi hodnocením potřeb pacienty, kteří využívají psychologickou pomoc a těmi, co takovou pomoc nevyužívají je statisticky významný rozdíl.

Využívá psychol.pomoc HS x	Nevyužívá psych.pom. HS y	x ²	y ²
7	1	49	1
5	4	25	16
7	5	49	25
5	6	25	36
5	7	25	49
4	5	16	25
5	3	25	9
	6		36
	5		25
	8		64
	5		25
	9		81
	4		16
	0		0
	1		1
	1		1
	3		9
	4		16
	4		16
	1		1
	3		9
	3		9
	1		1
	9		81
	3		9
	3		9
	3		9
	3		9
	3		9

	3		9
	3		9
	4		16
	6		36
38	129	214	667

Průměrná hodnota HS u těch, kteří využívají psychologickou pomoc je **5,43** a HS u těch, kteří nevyužívají psychologickou pomoc je **3,9**.

Vypočítaná hodnota t – test je **1,724152**. F test je **2,026017**, pro **7** a **33** stupňů volnosti je kritická hodnota F rozdělení **2,334**, tedy lze přijmout hypotézu o rovnosti rozptylů. Stupeň volnosti je **38**. Pro zvolenou hladinu významnosti **0,05** a vypočítaný počet stupňů volnosti je kritická hodnota t – rozdělení získaná z tabulek **2,0211**. Po porovnání vypočítané hodnoty testového kritéria s kritickou hodnotou zjistíme, že vypočítaná hodnota je menší, tedy nelze odmítnout nulovou hypotézu. Tedy mezi tím, jak hodnotí své potřeby pacienti s psychologickou pomocí a tím, jak hodnotí své potřeby pacienti bez této pomoci není statisticky významný rozdíl.

Ověření výzkumné hypotézy č.5.: Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení potřeb mezi těmi pacienty, co využívají pomoci neziskových organizací a těmi, co této pomoci nevyužívají?

H_0 . Mezi hodnocením potřeb pacienty, kteří využívají pomoc neziskových organizací a těmi, co takovou pomoc nevyužívají není souvislost.

H_A . Mezi hodnocením potřeb pacienty, kteří využívají pomoc neziskových organizací a těmi, co takovou pomoc nevyužívají je souvislost.

Využívá služeb NNO HS (x)	Nevyužívá NNO (y)	x^2	y^2
7	1	49	1
5	4	25	16
6	5	36	25
5	6	25	36
7	3	49	9
5	8	25	64
5	9	25	81
7	4	49	16
0	1	0	1
5	3	25	9
1	5	1	25

4	4	16	16
1	3	1	9
3	3	9	9
5	1	25	1
	9		81
	3		9
	3		9
	3		9
	3		9
	3		9
	3		9
	4		16
	4		16
	6		36
66	101	360	521

Průměrná hodnota HS u těch, kteří dochází do NNO je **4,4** a HS u těch, kteří nedochází do NNO je **4,04**.

Vypočítaná hodnota t – test je **0,502895**. F test je **0,550841**, pro **15** a **25** stupňů volnosti je kritická hodnota F rozdělení **2,165**, tedy lze přijmout hypotézu o rovnosti rozptylů. Stupeň volnosti je **38**. Pro zvolenou hladinu významnosti **0,05** a vypočítaný počet stupňů volnosti je kritická hodnota získaná z tabulek **2,0211**. Po porovnání vypočítané hodnoty testového kritéria s kritickou hodnotou zjišťujeme, že vypočítaná hodnota je menší, tedy nelze odmítnout nulovou hypotézu na zvolené hladině významnosti. Tedy mezi tím, jak hodnotí své potřeby pacienti, kteří využívají služeb neziskových organizací a tím, jak hodnotí své potřeby pacienti bez této pomoci není statisticky významný rozdíl.

2.6.Diskuse výsledků

V této kapitole se zaměříme na rozbor výstupů našeho výzkumného projektu. Některé z našich zjištění jsme již analyzovali v předchozí kapitole. Nyní se zaměříme na srovnání našich dat s daty jiných výzkumníků a dále nastíníme nedostatky a omezení našeho výzkumu, které se v průběhu šetření a interpretace dat objevují.

Camberwellský dotazník mapování potřeb obsahuje 22 oblastí, které hodnotí jak pacienti, tak ošetřující personál. V našem případě se jedná o personál nemocnice a pacienty, kteří jsou na psychiatrickém oddělení hospitalizováni s atakou psychotické nemoci. Zdá se, že tento fakt výrazně ovlivňuje výsledek našeho zkoumání, neboť v našem výzkumu je na prvních místech

nenaplněných potřeb právě problematika „psychotických symptomů“ a „psychických potíží“, což jsou pravděpodobně důvody hospitalizace vyšetřovaných pacientů. Pokud naše data porovnáme s výzkumem, jenž byl proveden v organizacích Fokus, je nutné konstatovat tyto rozdíly ve výsledcích nenaplněných potřeb, tedy oblastí, ve kterých se objevují závažné problémy. MUDr. Stuchlík a Mgr. Říčan ve své interpretaci uvádějí na prvních místech výzkumu tyto položky: „přátelé“, „intimní vztahy“, „sexualita“, „psychické potíže“, „denní aktivity“ a „finanční dávky“. Data našeho výzkumu se v některých bodech liší. Je to dáno především tím, že v jejich vyšetřovaném vzorku probandů se objevují také ti, co využívají služby „chráněné bydlení“, což přináší dobré informace o jejich denních aktivitách. Skutečnost, že žijí v chráněném bydlení, může mít také vliv na oblast „finanční dávky“, neboť je pravděpodobné, že si klienti tuto službu sami platí a problém financí je tedy bezprostředně ohrožuje.

Naopak v našem zkoumaném souboru žádný pacient této služby nevyužívá, tedy hodnocení denních aktivit může být zkreslené /pacient se buď styděl o svých aktivitách mluvit, nebo je díky režimu oddělení aktivnější než doma/. V oblasti financí je zřejmě rodina tím, kdo v případě nějakých potíží finančně vypomáhá. Zároveň díky hospitalizaci na oddělení nemusí otázku finančních prostředků pacient v současné době řešit. Proto se oblast „finanční prostředky“ v našem výzkumu neobjevuje na předním místě nenaplněných potřeb.

V oblasti „psychických potíží“ se oba výzkumy shodují. V našem projektu je tato položka na prvním místě v nenaplněných potřebách. Ve výzkumu Stuchlíka a spol. je na třetím místě v hodnocení. Domníváme se, že tím můžeme potvrdit náš předpoklad, že psychologická pomoc k těmto pacientům nedosahuje a že ji obzvláště lidé s touto diagnózou potřebují.

K tomu se váží i další potřeby, které se tentokrát objevují v obou zmíněných výzkumech. Je to potřeba řešit intimní a přátelské vztahy, což jsou oblasti, které mohou spadat do péče psychologa nebo psychoterapeuta. Také problémy v oblasti sexuality může pomoci klientovi vyřešit právě psycholog, tato položka se výrazně objevuje hlavně u vyšetřovaných mužů.

V našem výzkumu se objevuje ještě položka „informace o zdravotním stavu“, která vypovídá o tom, že je buď pacient nedostatečně personálem informován o nemoci, lécích, vedlejších účincích apod., anebo mu tyto informace poskytnuty byly, ale z důvodu kognitivního deficitu nebo potíží s pamětí po elektrokonvulzivní terapii si pacient tyto údaje nevybavuje.

Námi zjištěná fakta se shodují s výzkumem MUDr. Stuchlíka také v tom, že se na předních místech v nenaplněných potřebách objevuje oblast intimních vztahů. Z textu v kapitolách 3 a 6 naší práce jasně vyplývá, že u takto duševně nemocných pacientů bývá běžná

izolovanost a odtržení od tzv. „normální“ populace zdravých lidí. Handicapuje je nejen samotná schizofrenní porucha, ale především řada dalších komplikací. Situaci ztěžuje také mnoho vedlejších účinků léků, které pacienti užívají. Také odchod do úplného invalidního důchodu může být příčinou určité izolovanosti těchto pacientů. Bývají pak často odkázáni jen na své nejbližší nebo na odborná zařízení, která nabízejí některé služby ve snaze zapojit nemocné do pracovního procesu v prostředí chráněných dílen.

Na české podmínky byl v roce 1997 standardizován dotazník kvality života SQUALA (Subjective QUALity of Life Analysis M. Zannottiho, 1992) (Probstová a kol., 2006). Tento sebeposuzovací dotazník zahrnuje 21 oblastí života a s Camberwellským dotazníkem mají některé styčné body. SQUALA zjišťuje spokojenost respondenta s určitou oblastí s ohledem na důležitost, kterou pro něj daná oblast má. Dalším hodnotícím nástrojem, který jsme mohli použít pro srovnání je Dotazník sociální integrace SIS, který se zaměřuje na kvalitu mezilidských vztahů respondenta a zjišťuje míru jeho zapojení do společenského života.

Při zkoumání spokojenosti s péčí se nejčastěji využívá Veronská škála spokojenosti se službami. Pro náš výzkum však byl v tuto chvíli vhodnější dotazník CAN – C. Nedostatkem zvolené metody CAN – C se zdá být chybějící položka na prozkoumání požadované neformální pomoci, tedy pomoci požadované od rodinných příslušníků. Jistě by bylo zajímavé zjistit, jak hodnotí potřeby duševně nemocných jejich nejbližší okolí.

V našem výzkumném projektu jsme porovnávali různé skupiny hodnotitelů, tím prvním srovnáním byl pohled pacientů na nenaplněné potřeby a pohled poskytovatelů, kteří hodnotili také nenaplněné potřeby svých pacientů. Poskytovatelé hodnotí mnohem intenzivněji nenaplněnost potřeb. Rozdílné hodnocení u těchto dvou skupin je pravděpodobně dáno tím, že profesionálové, tedy pečující personál, má či může mít větší a objektivnější náhled na problémy svých pacientů. Duševně nemocní si často nemusí uvědomovat do jakých oblastí nemoc zasahuje a mohou své problémy podceňovat či nevidět. Také se stává, že pacient pod vlivem svého onemocnění některé problematické oblasti svého života záměrně přehlíží a snaží se maskovat své problémy před ostatními i sám před sebou.

Dalším důvodem rozdílného hodnocení se také může zdát přeceňování problémů ze strany poskytovatelů služeb. Je možné, že hledají důvody pro léčbu svých pacientů, což vychází z jejich přesvědčení a smyslu práce zdravotníka.

Další srovnávanou skupinou bylo hodnocení potřeb pacienty a pacientkami. Muži hodnotili výrazněji oblasti intimních vztahů a sexuality. U mužů tyto zmíněné nenaplněné

potřeby mohou souviset s faktem, že jde převážně o muže ve středních letech, tedy v letech, kdy jiní, zdraví lidé hledají partnerky a zakládají rodiny.

Ženy mají nejvíce nenaplněné potřeby v oblastech psychické problémy a psychotické potíže, tedy zřejmě ty oblasti, jež je dovedly k současné hospitalizaci. Také můžeme říci, že dle subjektivního hodnocení tazatele byly ženy více ochotné o svých psychických problémech mluvit.

Zdá se, že hodnocení nenaplněnosti potřeb kopíruje tradičně vnímané role mužů a žen. Muži mají výrazněji nenaplněné potřeby v oblasti péče o domácnost a zároveň v oblasti intimní vztahy a sexualita. Je možné, že nenaplněnost intimních a sexuálních vztahů přímo ovlivňuje potřeby týkající se zajištění domácnosti.

Zjišťovali jsme také, jak hodnotí profesionálové skupinu pacientů a pacientek. Poskytovatelé hodnotí u mužů více problematických oblastí než u žen. Týká se to zejména kategorie intimních vztahů, přátel, sexuality. U žen hodnotí poskytovatelé nenaplněné potřeby obdobně jako ženy samotné, jen nepřikládají takovou váhu kategorii ohrožuje sebe.

Důvodem pro takové rozdílné hodnocení může být například to, že o svých sebeohrožujících pocitech pacientky s personálem oddělení nemluví, mohou se za ně stydět. Personál oddělení také může přikládat dalším problémům pacienta větší váhu, přece jen jsou na oddělení pacienti pod dohledem a v relativně bezpečném prostředí, takže riziko, že si ublíží se tam snižuje. Navíc sebevražedné pokusy nebo myšlenky s nemocí souvisejí, takže mohou být personálem i bagatelizovány.

Další zkoumanou skupinou jsou pacienti rozdělení podle věku na skupinu do 41 let a na skupinu nad 41 let. Z grafů v předchozích kapitolách vyplývá, že skupina mladších respondentů má daleko více nenaplněných potřeb a u některých jsou také výrazné rozdíly v jejich hodnocení. Výrazně více hodnotí mladší skupina respondentů nenaplněnost potřeb u položek intimní vztahy (o 41%), přátelé (o 25%), sexualita (o 36%), obdobně také u péče o domácnost (o 25%). Je to způsobeno převážně tím, že do této skupiny nám spadá větší počet mužů, kteří právě tyto položky považují za problematičtější.

U starších pacientů, nad 41 let stojí za zmínku vyšší hodnocení kategorie ohrožuje sebe (o 17%) a celkem zákonitě také vyšší hodnoty nenaplněných potřeb u tělesného zdraví (o 11%). Opět je toto hodnocení totožné spíše s hodnocením potřeb žen/pacientek, u kterých je průměrný věk větší, než u mužů. Naopak nejsou velké rozdíly v hodnocení potřeb psychické potíže a psychotické symptomy, které hodnotí shodně jako vysoce nenaplněné obě věkové skupiny.

Zdá se, že mladí nemocní lidé jsou svou nemocí vyčleněni z běžných starostí lidí jejich věku. Jsou sami, nemají partnera, často ani přátele. V oblasti sexuality nemívají žádné zkušenosti, hlavně pokud onemocněli ještě téměř v dětském věku. Většinou žijí ve společné domácnosti s rodiči a je naprosto přirozené, že také touží po nějaké blízké osobě druhého pohlaví, po intimitě, lásce, sexu. Takže nenaplněnost v těchto oblastech se nám zdá vcelku logická.

Další skupina pacientů, která byla zkoumána je skupina pacientů, kteří navštěvují psychologa a ti, co psychologa nenavštěvují. U těch, kteří tuto službu využívají se objevují více nenaplněné potřeby v oblastech intimních vztahů, přátel, sexuality, psychických potíží.

Rozdíly v hodnocení potřeb u těchto dvou skupin pacientů si vysvětlujeme především tím, že lidé, kteří dochází na psychologické konzultace s psychologem řeší právě intimní, velice osobní témata, která jsou úzce spojena s onemocněním. Pacienti, kteří služby psychologa nevyužívají mají potíže v oblastech, jež je pravděpodobně přivedly k hospitalizaci v nemocnici, tedy psychotické symptomy a psychické potíže. Může se zdát, že se pobytem a léčbou na oddělení jejich problémy vyřeší a možná tak další intervence, ať už psychologická či terapeutická, nebude zapotřebí. Otázkou pak zůstává, jak často bývají tyto pacienti hospitalizováni se svým onemocněním a zda mají ti, co psychologickou a terapeutickou pomoc využívají nějakou výhodu.

Dalším vysvětlením může být také fakt, že pacienti zvyklí na psychologickou pomoc umí lépe identifikovat problematické oblasti svého života. Zdá se, že i tato hypotéza se do zjištěných výsledků může promítat.

Poslední zkoumanou skupinou byli pacienti, kteří buď využívají služeb NNO (neziskových organizací) nebo nevyužívají NNO. Ve dvou oblastech se shodují obě tyto zkoumané skupiny probandů, jsou to oblasti psychických potíží a psychotických symptomů, zde je dokonce nenaplněnost potřeb u těch, kteří nikam nedochází o něco větší. Nejspíše jsou to ty problematické oblasti, které přivedly pacienty k hospitalizaci na oddělení. Dalšími oblastmi nenaplněných potřeb u těch, kteří nedochází do žádné neziskové organizace jsou intimní vztahy, informace o zdravotním stavu a ohrožuje sebe. Opět oblasti, které mohou být naplněny, pokud pacient nějakou organizaci nebo odborníka na danou problematiku navštíví a řeší s ním své problémy.

Zřejmě jedním z nedostatků našeho výzkumu může být nízký počet probandů. Uvědomujeme si, že pokud bychom naše zkoumání rozšířili a zapojili kromě psychiatrického oddělení také nějaké nízkoprahové zařízení neziskové organizace, výsledky našeho zkoumání by

pak mohly být odlišné. Vyšetřili bychom totiž nejen pacienty v akutní fázi onemocnění, ale také ty, kteří jsou v dané chvíli bez větších zdravotních a psychotických obtíží.

Dalším možným zkreslením našich výsledků může být promítnuté očekávání hodnotitele do vyhodnocování odpovědí a také možná stylizace odpovědí jednotlivých probandů. (Ferjenčík, 2000)

Metoda CAN – C je metodou pro získání základních anamnestických údajů o pacientovi. Jde o materiál, který nám umožňuje zmapovat potřeby klienta a vytvořit plán další psychologické a sociální práce. Proto by bylo opět zajímavé u takto vyšetřených pacientů dále hodnotit, zda poskytnutá psychologicko-sociální pomoc přinesla nějaké významné změny v hodnocení potřeb, např. s odstupem jednoho roku intenzivní individuální i skupinové práce.

Můžeme tedy opět říci, že metoda CAN – C je vhodnou metodou, kterou můžeme použít jako úvodní vstupní dotazník pro budoucí dlouhodobou práci s klientem. K další práci můžeme pak využít metodu rozhovoru a jiné.

MUDr. Stuchlík a Mgr. Říčan použili pro zpracování svého výzkumného materiálu metodu t - testu. V našem případě jsme použili ke srovnání dvou výzkumných skupin probandů také Studentův t – test.

Výzkum Stuchlíka a kol. probíhal v rámci několika zařízení, takže měli výzkumníci k dispozici více tazatelů i více pacientů. Také měli možnost opakovat svůj výzkum po půl roce na stejném vzorku klientů. Toto bohužel nebylo v našich možnostech, proto jsme náš vzorek probandů zkoumali ještě z jiných hledisek, jako je hledání rozdílů v hodnocení potřeb mužů a žen, k porovnání hodnocení potřeb u skupin rozdělených podle věku, návštěv psychologa a NNO.

Závěrem této kapitoly bychom rádi zmínili ještě možné nesrovnalosti v hodnocení a interpretaci dotazovatele. I když měla tazatelka možnost být proškolená v hodnocení potřeb metodou CAN – C, je možné, že jiný hodnotitel by mohl dojít k některým odlišným závěrům. Jistě by bylo na místě požadovat ještě jakýsi kontrolní výzkum, provedený druhým tazatelem. Porovnáním výsledků těchto dvou na sobě nezávislých šetření bychom mohli získat další informace o potřebách jednotlivých pacientů.

V tuto chvíli tedy nezbyvá než říci, že stejně jako jiné výzkumné práce přináší náš projekt určitý omezený pohled na zkoumanou problematiku. Omezující faktory si ovšem uvědomujeme a v případě používání této metody v budoucnu budeme k těmto omezením přihlížet. Nedostatky našeho výzkumu nám poslouží jako inspirace a výzva do další práce.

Závěr

Cílem našeho výzkumu, který probíhal v průběhu několika měsíců na psychiatrickém oddělení litoměřické nemocnice bylo zmapování potřeb u duševně nemocných pacientů, konkrétně těch, kteří jsou diagnostikováni psychotickým onemocněním, nejčastěji schizofrenií. Zvolenou metodou pro hodnocení potřeb je Camberwellský formulář, který zkoumá pohled pacienta a zároveň zohledňuje názor poskytovatele služeb.

V teoretické části této práce jsme se zabývali popisem duševního onemocnění, dále příčinami nemoci a způsobem její léčby. Výzkumná část potom mapuje potřeby z pohledu profesionálů a pacientů a hledá míru shody mezi těmito dvěma skupinami probandů. Dále hledá míru shody v hodnocení potřeb pacienty a pacientkami a těmi, co využívají psychologickou pomoc a pomoc neziskových organizací s těmi, co takové služby nevyužívají. Zjišťovali jsme také, jakou míru pomoci tito nemocní dostávají a zda by si přáli pomoc intenzivnější.

Nejvíce nenaplněnými potřebami podle pacientů jsou oblasti psychických potíží, psychotických symptomů, intimních vztahů, oblast přátel, ohrožuje sebe a sexualita. Poskytovatelé hodnotí první tři položky téměř shodně, tedy psychické potíže, psychotické symptomy a intimní vztahy, dále oblast přátel, informace o zdravotním stavu a denní činnosti. Problémy v oblastech psychických potíží, psychotických symptomů a intimních vztahů jsou zřejmě důvodem pro aktuální hospitalizaci pacienta. Další problematické oblasti souvisí nejspíše s tím, že jsou pacienti svou nemocí handicapováni a vyčleněni z běžného fungování lidí jejich věku. Například velké procento mužů uvádí jako nenaplněnou potřebu sexualitu, což bezprostředně souvisí s tím, že pacienti – muži jsou převážně mladší, svobodní, bez partnerky a s několikaletou léčbou. Problémy v intimních vztazích (75%) a se sexualitou (50%) řeší jako vážné nenaplněné potřeby.

Míra poskytnuté neformální pomoci (jde o pomoc rodiny a blízkých) je hodnocena jako nízká míra pomoci, tedy jako příležitostná pomoc a podpora. Hodnocení formální pomoci (jde o pomoc institucí a neziskových organizací) vypadá podobně, tedy také nízká míra pomoci. Požadovaná formální pomoc je v hodnocení pacientů i poskytovatelů hodnocena na úrovni převážně střední míry pomoci, tedy je vyžadována intenzivnější podpora, častější možnost setkávat se s odborníky, s lékaři, je požadováno poskytovat pravidelnou psychoterapeutickou a psychologickou pomoc, poskytování podrobnějších informací o onemocnění, návštěvy svépomocných skupin, pravidelné sociální programy, větší dohled nad praktickými úkony, apod.

Na základě předchozích zjištění jsme provedli testování výzkumných hypotéz a došli jsme k následujícím závěrům.

Na základě statistického zpracování výzkumných hypotéz, které hledaly statisticky významné rozdíly ve srovnávání nenaplněnosti potřeb v těchto skupinách hodnotitelů: 1. pacientů a pacientek , 2. pacientů s psychologickou pomocí a bez ní, 3. pacientů, kteří využívají služeb neziskových organizací s těmi, kteří tyto služby nevyužívají jsme došli k závěru, že mezi hodnocením potřeb skupinami hodnotitelů v těchto zkoumaných skupinách není statisticky významná souvislost.

Kdežto na základě statistického zpracování a srovnání hodnocení potřeb dalších dvou skupin, jednak skupiny, kde hodnotili potřeby pacienti a poskytovatelé péče a skupiny těch pacientů, kteří jsou mladší 41 let a těch, kteří jsou starší 41 let, musíme konstatovat, že v hodnocení potřeb mezi těmito skupinami hodnotitelů je statisticky významná souvislost.

Na základě rozboru výsledků docházíme tedy k závěru, že je nutné problematické oblasti pacientů nějak ošetřit. Tím, kdo by mohl pacientům s psychickými problémy a problémy v intimních vztazích pomoci, je psycholog.

Proto se domníváme, že stálá přítomnost psychologa na tomto oddělení by mohla výrazně přispět k celkové rehabilitaci pacientů s psychotickým onemocněním. Z našeho výzkumného projektu tedy vyplývá potřebnost takové služby. Autorka této práce by se v budoucnu podobné problematice ráda věnovala.

Použité literární zdroje

- ATKINSONOVÁ, R.L. et al. *Psychologie*. 1.vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995. 863 s. ISBN 80-85605-35-X.
- BALCAR, K. *Úvod do studia psychologie osobnosti*. 1.vyd. Chrudim: Mach, 1991. 217 s.
- BENESCH, H. *Encyklopedický atlas psychologie*. 1.vyd. Praha: nakl. Lidové noviny, 2001. 312 s. ISBN 80-7106-317-7.
- BELZ, H., SIEGRIST, M. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 375 s. ISBN 80-7178-479-6.
- BERMAN, P.S., SHOPLAND, S.N. *Interviewing and diagnostic exercises for clinical and counseling skills building*. 1st ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2005. 283 p. ISBN 0-8058-4640-9.
- BLOCH, S., ROUCH, E. Therapeutic factors in the group psychotherapy. *Oxford University Press*. 1985, vol.3, pp 56 – 69.
- BOND, F.W., DRYDEN, W. *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*. 1st ed. West Sussex: John Wiley and sons, 2002. 318 p. ISBN 0-471-49107-1.
- BRUCHOVÁ, H. *Základy psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Triton, 1997. 124 s. ISBN 80-85875-45-4.
- CLARKIN, J.F. Research findings on the personality disorders. *Psychotherapy in practice*. 1998, vol. 4, pp 91 – 102.
- ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*. 1.vyd. Praha: Grada, 1994. 228 s. ISBN 80-7169-086-4.
- DAVIDO, R. *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 205 s. ISBN 80-7178-449-4.
- DRAPELA, V.J. *Přehled teorií osobnosti*. 3.vyd. Praha: Portál, 1997. 175 s. ISBN 80-7178-606-3.
- FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 255 s. ISBN 80-7178-367-6.
- GLEESON, J.F.M., Mc GORRY, P.D. *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook*. 1st ed. West Sussex: John Wiley and sons, 2004. 283 p. ISBN 0-470-84434-5.

- GREEN, M.F., KERN, R.S., BRAFF, D.L., MINTZ, J. Neurocognitive Deficits and Functional outcome in Schizophrenia: Are we measuring the „right stuff“. *Schizophrenia Bulletin*. 2000, vol.26, pp 119-136.
- GREEN, M.F. What are The functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*. 1996, vol. 153, pp 321-330.
- JANÍK, A., DUŠEK, K. *Diagnostika duševních poruch*. 2.vyd. Praha:Avicenum, 1987.400 s. ISBN 08-017-87.
- JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. 1.vyd. Praha: Pallata,1996.31 s.
- JIRÁNEK, F., SOUČEK, J. *Úvod do obecné psychologie*. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakl., 1969. 229 s.
- JONESOVÁ, E., ASEN, E. *Systemická párová terapie a deprese*. 1.vyd. Hradec Králové: Konfrontace, 2004. 143 s. ISBN 80- 86088-09-X.
- KAFA, B. *Nové základy experimentální psychologie. Schizofrenie*. /online/. Nestr. /cit.15.10.2009/. Dostupný z http://www.darius.cz/archeus/NN_schiz.html
- KALINA, K. *Jak žít s psychózou?* 1.vyd. Praha:Avicenum, 1987. 254 s. ISBN 08-080-87.
- KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 1.vyd. Praha:Galén, 1995. 329 s. ISBN 80-85824-20-5.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 1997.392 s. ISBN 80-7178-179-7.
- KNOBLOCH, F., KNOBLOCHOVÁ, J. *Integrovaná psychoterapie*. 1.vyd. Praha:Grada a Avicenum,1993. 376 s. ISBN 80-7169-027-9.
- LANGMEIER, J.,BALCAR, K.,ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1989. 293 s. ISBN 08-073-89.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3.vyd. Praha:Grada, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.
- MACE, CH., MARGISON, F. *Psychotherapy of psychosis*. 1st ed. London: Royal College of Psychiatrists, 1997. 283 p. ISBN 0-901242-048.
- MAJ, M., GAEBEL, W., LÓPEZ-IBOR, J.J., SARTORIUS, N. *Psychiatric diagnosis and Classification*. 1st ed. West Sussex: John Wiley and sons, 2002. 299 p. ISBN 0-471-49681-2.
- MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. 1.vyd. Praha:Grada, 2005. 194 s. ISBN 80-247-0737-3.

- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 143 s. ISBN 80-7178-700-0.
- Mezinárodní klasifikace nemocí 10.revize (MKN- 10), Praha:Psychiatrické centrum, 2001. 102 s. ISBN 80-85121-09-3.
- MIKŠÍK, O. *Psychologické teorie osobnosti*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1999. 213 s. ISBN 80-7184-926-X.
- MIKŠÍK, O. *Psychologická charakteristika osobnosti*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 256 s. ISBN 80-246-0240-7.
- MOSCHINI, L.B. *Drawing the line. Art therapy with difficult client*. 1st ed. West Sussex: John Wiley and sons, 2005. 369 p. ISBN 471-68743-1.
- MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie. Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1.vyd Praha: Galén, 2004. 437 s. ISBN 80-7262-277-3.
- MOŽNÝ, P. Co je kognitivně behaviorální terapie? *Konfrontace*, Hradec Králové, 1996, č.1, str. 17-20. ISSN 0862-8971.
- NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. 1.vyd. Praha: Academia, 1996. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
- NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 1.vyd. Praha: Academia, 1995. 336 s. ISBN 80-200-0525-0.
- NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. 1.vyd. Praha: Academia, 1998. 590 s. ISBN 80-200-0689-3.
- PENN, D.L., MUESER, K.T. Research Update on the Psychosocial Treatment of Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 1996, vol. 153, no. 5, pp 67-73.
- PINES, M., SCHLAPOBERSKY, J. Group Methods in Adult Psychiatry. *Oxford book of psychiatry*. 2000, Oxford University Press, vol. 153, no. 4, pp 99-104.
- PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J., MOHR, P., MOTLOVÁ, L., SEIFERTOVÁ, D., ŠPANIEL, F. *Léčíme se s psychózou*. 1.vyd. Praha: Medical Tribune, 2005. 96 s. ISBN 80-239-5482-2.
- PRAŠKO, J. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. 262 s. ISBN 80-7169-446-0.
- PRAŠKO, J. et al. *Poruchy osobnosti*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 359 s. ISBN 80-7178-737-X.
- PROBSTOVÁ, V., ŠELEPOVÁ, P., DRAGOMIRECKÁ, E., KALVODA, H., SOCHOROVÁ, G., PĚČ, O. *Péče o duševní zdraví. Metody hodnocení*. CAN:

- Camberwellské šetření potřeb*. 1. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2006. 63 s. ISBN 80-239-8056-4.
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 3.vyd. Praha: Triton, 2003. 211 s. ISBN 80-7254-423-3.
- REITEROVÁ, E. *Základy statistiky pro studenty psychologie*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 101 s. ISBN 80-244-0083-9.
- ROGERS, C.R. *Ako byť sám sebou. Pohľad terapeuta na psychoterapiu*. 1.vyd. Bratislava: Iris, 1996. 345 s. ISBN 80-88778-02-6.
- RYLLE, A., KERR, I.B. *Introducing cognitive analytic therapy. Principles and practise*. 1st ed. West Sussex: John Wiley and sons, 2002. 265 p. ISBN 0-471-89273-4.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie*. 4.vyd. Praha: Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. 3.vyd. Praha: Orbis, 1975. 324 s. ISBN 510-21-852.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 2.vyd. Praha: Portál, 2009. 791 s. ISBN 978-80-7367-566-0.
- SVOBODA, M. *Psychodiagnostika dospělých*. 3.vyd. Praha: Portál, 2005. 342 s. ISBN 80-7367-050-X.
- SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 317 s. ISBN 80-7367-154-9.
- SYŘIŠŤOVÁ, E. et al. *Skupinová psychoterapie psychóz*. 1.vyd. Praha: SPN, 1980. 233 s. ISBN 08-052-89
- VACEK, J. *O nemocech duše*. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 1996. 415 s. ISBN 80-204-0535-6.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 1998. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. 1.vyd. Hradec Králové: Konfrontace, 1995. 88 s. ISBN 80-901773-4-4.
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3.vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
- VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Český spisovatel, 1996. 209 s. ISBN 80-202-0605-1.
- VYMĚTAL, J. et al. *Speciální psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 2000. 481 s. ISBN 80-86123-15-4.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. et al. *Aplikovaná sociální psychologie I.* 1.vyd. Praha: Grada, 2001. 383 s. ISBN 80-7178-269-6

YALOM, I.D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie.* 2.vyd. Praha: Portál, 2007. 647 s. ISBN 80-7367-304-5.

ZVÁRA, K. *Biostatistika.* 2.vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2001. 213 s. ISBN 80-246-0739-5.

ZVOLSKÝ, P. et al. *Obecná psychiatrie.* 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2001. 192 s. ISBN 80-7184-494-2.

Schizofrenie a její léčba /on line/ Nestr. /cit.19.11.2009/. Dostupný z
<http://www.anamneza.cz/moduly/clanek.php3?id=865&sekce=20>

Seznam příloh

Č.1.Struktura dotazníku

Č.2.Formulář dotazníku

Přílohy

Č.1 Struktura dotazníku

CAN – C obsahuje 22 oblastí. Každá je rozdělena do čtyř sekcí. Tento dotazník je vyplňován samostatně nejprve uživatelem a následně poskytovatelem péče.

První sekce hodnotí míru potřeby / potřeba neexistuje, naplněná potřeba, nenaplněná potřeba, není známo/ v dané oblasti života. Cíle této sekce jsou dvojí: za prvé zjistit, zda v dané oblasti existuje potřeba a zda byla poskytnuta efektivní pomoc. Za druhé se zde rozhodujeme, zda je nutné se danou oblastí ještě dále zabývat.

Druhá sekce zjišťuje množství pomoci od tzv.neformálních zdrojů, což je v našem dotazníku myšleno jako pomoc přátel či příbuzných.

Třetí sekce zjišťuje míru pomoci poskytované a potřebné od tzv. formálních zdrojů, což jsou poskytovatelé péče a služeb.

Čtvrtá sekce obsahuje uživatelské vnímání jednotlivých oblastí a plán péče navržený poskytovatelem.

CAN – C pokrývá 22 oblastí zdravotních a sociálních potřeb:

1.bydlení - pokud je člověk v současné době hospitalizován a má vhodný domov, kam by mohl být propuštěn, hodnotíme potřebu jako 0 – žádná potřeba. Pokud je člověk hospitalizován a nemá domov, kam by mohl jít, hodnotíme potřebu jako 1 (naplněná potřeba, protože je v tuto chvíli v nemocnici), jako 2 (nenaplněná potřeba), pokud je na ulici nebo v nevhodném prostředí.

2.strava – potřeba je přítomna, pokud se člověku nedostává odpovídající stravy kvůli potížím s nakupováním, uchováváním potravin nebo s vařením. Nebo pokud je mu poskytována neadekvátní nebo nevhodná strava. Pokud je problém způsoben nedostatkem peněz, pak potřebu hodnotíme jako 0 a problém hodnotíme v oblasti „Peníze“.

3.péče o domácnost – tato oblast se týká potíží s udržováním domácího prostředí, ať už se jedná o pokoj nebo byt.

4.péče o sebe – tato oblast se vztahuje k osobní hygieně a nezahrnuje neupravený nebo bizarní vzhled.

5.denní aktivity – pokud se klient není schopen sám zaměstnat během dne bez pomoci, potom má v této oblasti problém. Poskytovaná pomoc může zahrnovat chráněné zaměstnání, návštěvy

denního centra nebo činnosti s přáteli a příbuznými. Pokud je primárním problémem osamělost, potom by se potřeba měla hodnotit v oblasti „Přátelé“.

6.tělesné zdraví – v úvahu se berou tělesné vedlejší příznaky léků, stejně jako akutní nebo chronické zdravotní potíže nebo problémy se zuby.

7.psychotické symptomy – v této oblasti musíme zaznamenat uživatelům pocit, jeho vnímání situace/stavu. Například pacient, který popírá, že slyší hlasy a že by měl problémy s myšlením a uvádí, že ho depotní injekce uklidňují, by měl být hodnocen bez potřeby.

8.informace o zdravotním stavu a léčbě - tato položka zahrnuje informace jak o poskytování informací místních služeb, tak o specifickém stavu pacienta.

9.psychické obtíže – měla by sem být zahrnuta deprese a úzkost, bez ohledu na příčinu.

10.ohrožuje sebe – hodnotit se zde musí jak riziko vážného sebezanedbávání nebo sklon nechat se zneužívat, tak i riziko sebevraždy sebepoškození.

11.ohrožuje ostatní – hodnotíme zde, jak riziko úmyslného násilí, tak riziko nepozornosti (např. riziko požáru kvůli nedbalému zacházení s cigaretami).

12.alkohol – hodnotíme, zda klient nadužívá alkohol.

13.drogy – pokud má pacient potíže, které souvisí se zneužíváním drog.

14.přátelé – hodnotíme, zda je pacient schopen získat nebo zda má dostatek uspokojivých sociálních kontaktů.

15.intimní vztahy – tato položka se netýká pouze partnerských vztahů, ale také vztahů k blízkým.

16.sexualita – položka zahrnuje nejčastěji problémy kvůli vedlejším účinkům léků, stejně jako nedostatek bezpečného sexu a nepřiměřenou antikoncepci či ochranu.

17.péče o děti – hodnotíme tam, kde klient pečuje nebo pečoval o děti. U bezdětných nehodnotíme.

18.základní vzdělání – hodnotíme to, zda je pacient schopen porozumět textu a dokumentům.

19.telefon – hodnotíme zde také to, jestli umí a chce pacient zacházet s telefonem.

20.doprava – potřeba by měla být hodnocena, pokud je osoba neschopna používat veřejnou dopravu z fyzických nebo psychických důvodů.

21.peníze – týká se schopnosti nakládat s penězi, které má člověk k dispozici. Pokud uživatel uvádí, že nemá dostatek peněz, hodnotíme potřebu, až v položce 22 „Finanční dávky“.

22.finanční dávky – tato oblast se týká toho, zda klient pobírá všechny příspěvky na které má ze zákona nárok, a zda o všech příspěvcích ví.

[illegible]

11	Ohrožuje ostatní									
12	Alkohol									
13	Drogy									
14	Přátelé									
15	Intimní vztahy									
16	Sexualita									
17	Péče o děti									
18	Základní vzdělání									
19	Telefon									
20	Doprava									
21	Peníze									
22	Finanční dávky									
Počet naplněných potřeb (počet jedniček)		0	0							
Počet nenaplněných potřeb (počet dvojek)		0	0							
Celkový počet potřeb (počet jedniček a dvojek)		0	0							
Všechna pomoc poskytnutá a požadovaná (sečti skóre, 9 hodnot jako 0)				0	0	0	0	0	0	

